

Psychothérapie de la dissociation et du trauma

Sous la direction de
Joanna Smith

Psychothérapie de la dissociation et du trauma

2^e édition

Préface de Roland Coutanceau

Postface de Cyril Tarquinio

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021
(Dunod, 2016 pour la première édition)
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-080023-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

La dissociation : d'une lecture de la psychopathologie du trauma à une inspiration renouvelée dans la prise en charge des victimes

LE CLINICIEN THÉRAPEUTE se doit d'allier travail intellectuel sur les concepts et idées directrices pour la prise en charge thérapeutique.

En même temps, la pratique quotidienne nous propose deux défis un peu différents : celui de l'évaluation clinique et celui de la stratégie dans la prise en charge.

Le travail sur la théorie est celui d'un apprivoisement intériorisé du concept, pour se l'approprier dans l'ici et maintenant de la relation avec le patient.

Parallèlement, la technique thérapeutique consiste à rendre plus lisibles les « idées cachées » dans la thérapie dans une analogie de la technique des ouvertures aux échecs.

Psychothérapie de la dissociation et du trauma : d'emblée ce livre, conçu et coordonné par Joanna Smith, s'inscrit à la fois comme repérage théorique et comme inspirateur de la psychothérapie.

Dans la prise en charge du trauma, des concepts plus anciens (refoulement, clivage...) ont longtemps occupé le devant de la scène. Aujourd'hui, le concept de dissociation émerge avec force.

Parfois, une intellectualisation de la théorie laisse apparaître une formulation décrivant plus la manière dont le psychisme se défend par la dissociation alors que le vrai sujet est autant, sinon plus, comment y remédier.

L'intérêt du livre est de proposer un fil conducteur allant de la théorie à la pratique, accompagnant le lecteur dans un questionnement sur sa propre pratique.

Les troubles dissociatifs se caractérisent par « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur, et du comportement » (DSM-5).

On distingue : le trouble dissociatif, l'amnésie dissociative, et la dépersonnalisation-déréalisation.

En pratique, les troubles dissociatifs intègrent des réalités hétérogènes, toutes intéressantes à décrire dans leurs aspects multiformes. Mais nous voudrions privilégier deux angles.

Le premier est que la dissociation s'inscrit comme repère complémentaire du TSPT, symptomatologie post-traumatique classique, et notamment comme lecture psychopathologique d'une clinique symptomatique descriptive.

Le second est que la dissociation est particulièrement féconde en victimologie comme compréhension de réalités post-traumatiques résistantes à une psychothérapie standard.

Dans le quotidien du thérapeute du XXI^e siècle, l'accueil et l'écoute des victimes de « traumas réels » (violences sexuelles, violences conjugales, enfants exposés à la violence, actes de terrorisme) rendent nécessaire une relecture de la réalité psychique post-traumatique.

Dans l'approche psychothérapique, l'esprit de ce livre est celui de l'ouverture, donnant la parole à des auteurs représentant des thérapies spécifiques et spécialisées (EMDR, *Somatic Experiencing*, thérapie des schémas, *International Family Systems*, hypnose, ICV, Thérapie Sensori-Motrice, Brainspotting...) n'excluant pas une complémentarité des approches.

Le livre collectif de Joanna Smith s'adresse à tout professionnel (ou profane), curieux de la compréhension de ce concept de la psychopathologie moderne, la dissociation, mais aussi et surtout à tous les thérapeutes, notamment victimologues, pour accompagner leur écoute quotidienne, pour aiguïser leur sensibilité

dans l'abord de la mémoire traumatique, pour leur permettre de mieux métaboliser l'histoire traumatique au-delà de la liaison, et de l'abréaction.

En espérant que tout lecteur partage le dessein de Joanna Smith et des auteurs de ce livre collectif : désir d'une lecture stimulante de la dissociation, motivation d'une écoute humaniste mais structurée, avec une stratégie réintégrative du souvenir traumatique.

Roland Coutanceau¹

1. Psychiatre, expert national, président de la Ligue française de santé mentale. Chargé d'enseignement en psychiatrie et psychologie légales à l'université Paris V, à la faculté Kremlin-Bicêtre et à l'École des psychologues praticiens.

Table des matières

<i>PRÉFACE. LA DISSOCIATION : D'UNE LECTURE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAUMA À UNE INSPIRATION RENOUVELÉE DANS LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES</i>	V
<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XXI
<i>AVANT-PROPOS</i>	XXV

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS

1. Dissociation structurelle : repères	2
Joanna Smith	
Différentes acceptions du terme « dissociation »	2
<i>Définition psychiatrique, 2 • Dissociation péritraumatique, 3 • La dissociation dans la schizophrénie, 4 • Dissociation hypnotique, 5 • Dissociation structurelle, 5</i>	
Description de la dissociation structurelle	6
Éclairage développemental	9
Attachement et fenêtre de tolérance	10
Différences entre souvenir normal et mémoire traumatique	12

Dissociation structurelle : symptômes et repérage	13
Anamnèse et dissociation	16
Conclusion	16
2. Attachement désorganisé, dissociation et psychotrauma	17
Susana Tereno	
Qualité de l'attachement et santé mentale	17
Attachement et psychopathologie	19
Attachement désorganisé, gestion du stress et psychotrauma	20
Trauma de l'attachement et processus défensifs	22
<i>La déconnexion cognitive, 23 • La désactivation du comportement d'attachement, 23 • Les systèmes représentationnels ségrégués et la dissociation, 24</i>	
Conclusion	26
3. Neurobiologie de la dissociation	27
Laurence Carlier	
Introduction	27
<i>Intégration et cohérence : l'émergence du soi, 27 • Le cerveau triunique, 28 • La régulation émotionnelle « normale », 29</i>	
Neuro-imagerie et dissociation	30
<i>La dissociation, un excès d'inhibition cortico-limbique, 30 • Le thalamus, une structure clé dans le défaut d'intégration, 32 • Conclusion, 33</i>	
Système nerveux autonome et dissociation : la théorie polyvagale	33
Système opioïde endogène et peptides	36
Conclusion	37
4. Les troubles dissociatifs dans le DSM-5	39
Julien-Daniel Guelfi	
Le trouble dissociatif de l'identité	40
L'amnésie dissociative	41
La dépersonnalisation/déréalisation : critères diagnostiques	42
<i>Critère A, 42 • Autres critères, 43</i>	
Les deux dernières variétés de catégorisation des troubles dissociatifs dans le DSM-5	44
<i>Autre trouble dissociatif spécifié, 44 • Trouble dissociatif non spécifié, 45</i>	

Conclusion	45
5. La psychose dissociative : un défi pour la conceptualisation, une ouverture pour la psychothérapie	47
Olivier Piedfort-Marin	
Illustrations cliniques introductives	47
Repères diagnostiques	48
Conceptualiser la psychose dissociative	49
<i>L'intérêt de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, 49</i>	
• <i>Particularités des parties dissociatives fixées sur les traumatismes, 50</i>	
• <i>Dissociation structurelle et psychose dissociative, 51</i>	
Diagnostiquer et traiter la psychose dissociative	52
<i>Apparition d'une psychose dissociative dans le cadre d'un autre trouble dissociatif connu, 53</i>	
• <i>Investigation et traitement lors d'une décompensation par une psychose dissociative chez une patiente sans trouble dissociatif, 54</i>	
• <i>Investigation et traitement d'une psychose dissociative sans antécédent de trouble dissociatif en dehors de la phase de décompensation, 55</i>	
Conclusion	56

DEUXIÈME PARTIE

PRINCIPES ET DÉMARRAGE DE LA PRISE EN CHARGE

6. Évaluation et diagnostic des troubles dissociatifs du DSM-5	60
Suzette Boon & Onno van der Hart	
Prévalence des troubles dissociatifs du DSM-5	62
Les défis de l'évaluation des troubles dissociatifs	63
<i>Différents modèles théoriques pour la dissociation, 63</i>	
• <i>Les troubles dissociatifs dans le DSM-5 et la CIM-11, 65</i>	
• <i>Les patients dissociés dissimulent ces symptômes, 66</i>	
• <i>Chevauchements avec d'autres troubles psychiatriques, 66</i>	
• <i>Faux positifs et simulations de TDI, 67</i>	
• <i>Insuffisance de formation des cliniciens, 67</i>	
Les symptômes dissociatifs se référant à une division de la personnalité	68
Évaluer les troubles dissociatifs : un processus en deux étapes	69
<i>Les instruments de dépistage de la dissociation, 69</i>	
• <i>Entretiens diagnostiques, 72</i>	

Conclusion	74
7. La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie	75
Hélène Dellucci	
Introduction	75
Trois besoins fondamentaux pour se stabiliser	77
<i>Le sentiment de sécurité, 77 • Construire un lien d'attachement sécuritaire avec le thérapeute, 79 • Avoir de l'espoir et une perspective d'avenir, 81</i>	
Le recueil d'histoire chez les patients dissociatifs	82
<i>Les ressources de survie : une dimension essentielle chez les survivants, 84 • Établir un cadre de travail suffisamment sécurisant, 85</i>	
Le moment du diagnostic	86
Les critères d'une stabilité suffisante	88
<i>La stabilité sur le plan individuel, 89 • La stabilité sur le plan relationnel, 90 • La stabilité par rapport aux mouvements dissociatifs, 92</i>	
Maintenir la stabilité tout au long du processus thérapeutique	95
<i>Est-ce que la personne est stable ?, 96 • Où se trouve la personne sur l'échelle de sécurité ?, 96 • Y a-t-il une peur particulière qui pourrait entraver/bloquer ce que nous avons prévu ?, 97 • Y a-t-il une émotion/sensation corporelle prépondérante en ce moment ?, 97 • Le projet d'aujourd'hui, 97</i>	
Conclusion	98

TROISIÈME PARTIE

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

8. Thérapie EMDR des empreintes précoces dissociatives	102
Gabrielle Bouvier & Hélène Dellucci	
Définition	103
Neurobiologie de la réaction au stress et origine des empreintes précoces	104
Pourquoi travailler sur les empreintes précoces ?	107
Les indications pour aborder les empreintes précoces en psychotraumatologie	108
Comment aborder les empreintes précoces ?	109
Les effets du travail sur les empreintes précoces	110

Vignettes cliniques	111
Conclusion	116
9. Traitement des troubles de l'attachement	118
Catherine Clément	
Neurosciences et attachement	118
Psychothérapie et attachement	121
Présentation de l'ICV	121
Illustration clinique : réparation de l'attachement par l'ICV	125
Conclusion	127
10. Dissociation et traitement des carences et traumatismes précoces	128
Joanna Smith	
Données statistiques	129
Données neurodéveloppementales	130
Définition du trauma précoce et rappels terminologiques	130
Étude de l'impact de différents traumas ou carences précoces	132
<i>Stress et traumas intra-utérins, 132 • Traumatisme de la naissance, 133 • Devenir psychopathologique des grands prématurés, 134 • Douleur précoce et son évolution, 135 • Exposition à des traumas uniques ou événements stressants objectivés, 137 • Carences précoces et négligences, 139 • Transmission transgénérationnelle du trauma et devenir des enfants ayant un style d'attachement désorganisé, 140</i>	
Synthèse. Mémoire traumatique précoce : description et données scientifiques	140
Cas cliniques avec l'ICV	141
<i>L'ICV appliquée à la mémoire implicite précoce, 141</i>	
Conclusion	144
11. Traitement de la dissociation post-traumatique selon la Somatic Experiencing® (SE®)	146
Michel Schittecatte	
Introduction	146
Vignette clinique	148
Conclusion	154

12. Thérapie sensorimotrice et dissociation	155
Raphaël Gazon	
Introduction	155
Trauma et dissociation structurelle : présentation d'un cas clinique	156
Phases de traitement	158
Conclusion	165
13. Dissociation et thérapie des schémas	167
Bernard Pascal	
Les pensées automatiques	168
Les schémas	169
Les modes	170
Un continuum dissociatif	172
Thérapie des schémas et trouble de personnalité borderline	174
Thérapie des schémas et trouble dissociatif	176
Conclusion	178
14. Les personnalités dissociatives : particularités de l'<i>Internal Family Systems</i>	179
François Le Doze	
Les caractéristiques du modèle IFS	180
<i>Les parts, 180 • Le Self, 181 • Le traumatisme et ses conséquences, 181</i>	
La façon de pratiquer l'approche IFS	182
<i>Établir la relation entre le Self et les parts chargées, 182 • Pratiquer le désamalgame, 182 • Décharger l'exilé de son fardeau, 183</i>	
La dissociation	184
<i>Définitions, 184 • Le mécanisme dissociatif, 185 • Le trouble dissociatif de l'identité, 186</i>	
Caractéristiques de la prise en charge de la dissociation et du TDI en IFS	187
<i>Le mécanisme dissociatif : négocier avec la part qui dissocie, 187 • Prise en charge du TDI : stabiliser le système du patient depuis le Self du thérapeute, 189</i>	
Conclusion	191

15. Les scénarios réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR	192
Evelyne Josse	
Pierre Janet, pionnier des scénarios réparateurs	193
<i>Symptômes actuels et émotions anciennes, 193 • Le retour en hypnose des souvenirs traumatiques ignorés de la conscience, 194 • Les scénarios réparateurs, 194 • Le traumatisme, un trouble du stade du triomphe, 196 • Le symptôme de l'accrochage, 197 • Pierre Janet, un précurseur des thérapies actuelles, 197</i>	
La modification des mnésies traumatiques par le changement de scénario	198
<i>Les scénarios réparateurs en hypnose, 199 • Les scénarios réparateurs en EMDR, 201 • La technique du scénario réparateur, 202</i>	
Reparentage : illustrations cliniques	205
<i>Illustration clinique, 205 • Le parentage, 206</i>	
scénarios réparateurs et reconsolidation de la mémoire	209
<i>Consolidation et reconsolidation de la mémoire, 210 • Consolidation mnésique et émotion, 210 • Consolidation et psychotraumatisme, 210 • Consolidation, reconsolidation et modification des souvenirs, 211</i>	
Conclusion	212
16. Hypnose médicale ericksonienne et dissociation traumatique dans l'agression sexuelle	214
Victor Simon	
Rappel de quelques notions de base en hypnose ericksonienne	216
Techniques hypnotiques dissociatives thérapeutiques spécifiques	217
Prise en charge des victimes	217
<i>Le langage métaphorique, 218 • La régression en âge, 218 • Le travail psychothérapeutique, 219</i>	
Conclusion	220
17. Brainspotting	222
Martha S. Jacobi	
Introduction : qu'est-ce que le brainspotting ?	222
La découverte et le développement du brainspotting	223
Qu'est-ce qu'un point de focalisation ou Brainspot ?	224

Théorie fondamentale du brainspotting appliquée à la pratique	225
<i>L'incertitude, 225 • Le cadre de double accordage, 225 • La réaction d'orientation, 226</i>	
Le Brainspotting comme modalité de guérison	227
Le Brainspotting en pratique	229
<i>Le cadre du Brainspotting, 229 • La pratique des Brainspots, 229 • Les modèles d'activation et de ressources du Brainspotting, 229</i>	
Vignettes cliniques	231
<i>Réflexions sur le cas de Geoffrey, 231 • Réflexions sur le cas de Jillian, 233</i>	
Conclusion	233
18. Pleine conscience, trauma et troubles dissociatifs	235
Christine Barois	
Qu'est-ce que la méditation ?	236
Qu'est-ce que la méditation de pleine conscience ?	237
Comment la pleine conscience fonctionne-t-elle ?	238
Que cela change-t-il pour la santé de méditer en pleine conscience ?	239
Quelle est la place de la pleine conscience dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique ?	240
Qu'en est-il du traumatisme complexe ?	242
La régulation des émotions dans le TSPT	242
Conclusion	244

QUATRIÈME PARTIE

LA DISSOCIATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

19. Évaluation et prise en charge des troubles dissociatifs chez l'enfant exposé à un événement traumatique	246
Hélène Romano	
Terminologie et définition : un symptôme complexe	246
Manifestations de la pathologie dissociative chez l'enfant traumatisé	247
<i>L'inintelligible de l'événement traumatique, 247 • De multiples situations à risque, 248</i>	
Les effets des troubles dissociatifs	250
<i>Les troubles dissociatifs chez l'enfant, 250 • L'importance des proches, 251</i>	

L'évaluation	252
<i>Des situations à fort impact de contamination sur les équipes, 252 •</i>	
<i>L'évaluation qualitative, 252 • L'évaluation quantitative, 254</i>	
Prise en charge thérapeutique	255
Conclusion	258
20. Dissociation ou déficit d'intégration chez l'enfant en EMDR	259
Michel Silvestre	
Introduction	260
Conséquences cliniques de la perspective dynamique des symptômes dissociatifs de l'enfant	261
Le concept de dissociation	261
La perspective développementale	262
Qu'est-ce que la notion d'intégration ?	263
Quelques modèles de dissociation chez l'enfant et l'adolescent	265
Notions de tendances dissociatives	266
Réguler les comportements et tendances dissociatives lors de la thérapie EMDR	267
Vision contextuelle des tendances dissociatives	268
Conclusion	270
21. Traitement de la dissociation chez l'enfant avec l'ICV	272
Anandi Janner Steffan	
Le cerveau droit : porte d'entrée préférentielle avec les enfants et adolescents	272
Améliorer la régulation des émotions des figures d'attachement actuelles	273
Adapter les processus de l'ICV aux différents âges	276
La place du thérapeute	277
Conclusion	283
22. Theraplay® : réparer les traumatismes et carences des 1 000 premiers jours	285
Virginie Vandenbroucke	
Introduction	285
Le processus de theraplay	286
<i>Les dimensions de la relation dans Theraplay, 286 • La méthode d'interaction Marschack pour observer et évaluer la relation entre deux personnes, 289 • Le toucher dans le traitement Theraplay, 289</i>	

Éléments théoriques à la base du theraplay	290
<i>La théorie de l'attachement, 290 • La théorie polyvagale de Porges, 290</i>	
<i>• L'intersubjectivité primaire de Traverthen et Aitken, 292 • Perry et les effets du traumatisme sur le cerveau, 292 • La régulation des affects vue par Schore, 292</i>	
Theraplay : une réponse pour les enfants traumatisés	293
<i>Theraplay se centre sur la construction de la relation d'attachement et d'une relation réparatrice, 293 • Theraplay calme les réactions au traumatisme, 295 • Theraplay se centre sur le système d'engagement social pour réparer les effets du traumatisme, 296 • Theraplay utilise le toucher direct non menaçant, 296 • Theraplay est une thérapie préverbale, 297</i>	
Conclusion	298

CINQUIÈME PARTIE

PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

23. La recherche sur les traitements pour les patients souffrant de troubles dissociatifs complexes	302
Manoëlle Hopchet	
La dissociation : un symptôme présent dans les troubles liés au traumatisme	303
Efficacité des traitements en présence de symptômes dissociatifs : la thérapie par exposition <i>versus</i> la thérapie orientée par phases	305
Aperçu de la littérature sur l'efficacité des traitements pour les troubles dissociatifs complexes	306
Guide pratique du traitement des troubles dissociatifs complexes : les lignes directrices	309
Conclusion	311
24. Dissociation et traumatismes transgénérationnels	312
Hélène Dellucci	
Les traumatismes transgénérationnels : comment les comprendre ?	313
Les symptômes d'une souffrance transgénérationnelle	316
Les traumatismes transgénérationnels : comment les déceler ?	318
Traumas transgénérationnels et dissociation	321
Vignettes cliniques	324

Discussion	329
Conclusion	333
25. Dissociation et auteurs de violences	335
Joanna Smith	
Description « classique » des auteurs de violences	335
<i>Auteurs de violences sexuelles, 335 • Auteurs de violences physiques (conjugales et maltraitance), 336</i>	
Revue de la littérature portant sur la dissociation des auteurs de violences	337
<i>Auteurs de violences sexuelles, 337 • Auteurs de violences physiques, 338</i>	
Des victimes devenues agresseurs : mythe ou réalité ?	338
Mécanismes en jeu : l'identification à l'agresseur ?	340
Traiter les antécédents de maltraitements, négligences ou carences notamment précoces comme stratégie de prévention des passages à l'acte ou de la récidive	341
<i>Illustration clinique : traitement d'un auteur de violences sexuelles, 342 • Illustration clinique : traitement d'un auteur de violences conjugales, 343</i>	
Conclusion	344
<i>CONCLUSION. LA PRÉSENCE ET L'ACCORDAGE DU THÉRAPEUTE</i>	345
Joanna Smith	
<i>POSTFACE</i>	349
<i>RESSOURCES INTERNET</i>	355
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	357

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

JOANNA SMITH, psychologue clinicienne, superviseur et formatrice en ICV agréée, enseignante en psychologie à l'École de Psychologues Praticiens et à l'université Paris-V. Membre fondateur de l'AFTD (Association francophone du trauma et de la dissociation) et mentor pour la France de l'ESTD (*European Society for Trauma and Dissociation*). Formatrice en victimologie et criminologie, elle a co-dirigé chez Dunod de nombreux ouvrages dans ce domaine, dont *Trauma et résilience*, *La violence sexuelle*, *Violences aux personnes*, ainsi que des ouvrages sur l'ICV et, plus récemment, *La régulation des émotions dans la famille*.

Auteurs ayant collaboré à l'ouvrage :

CHRISTINE BAROIS, docteure en médecine, DES de psychiatrie, auteure.

SUZETTE BOON, psychologue clinicienne, psychothérapeute, formatrice en thérapie familiale et en hypnose, co-fondatrice de l'ESTD, spécialisée dans l'évaluation et le traitement des traumatismes complexes.

GABRIELLE BOUVIER, psychiatre, psychothérapeute en pratique privée à Genève. Praticienne et superviseur EMDR Europe.

LAURENCE CARLUER, neurologue, psychopraticienne, formatrice IFS, Espace Jean-Baptiste Charcot.

CATHERINE CLÉMENT, psychiatre, psychothérapeute, superviseur et formatrice agréée en ICV, Centre Hermès.

HÉLÈNE DELLUCCI, psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe. Chargée de cours à l'université de Lorraine, membre fondateur de l'AFTD.

RAPHAËL GAZON, psychologue clinicien, directeur du centre PEPS-E.

JULIEN-DANIEL GUEIFI, professeur émérite de l'université Paris-Descartes, CMME.

MANOËLLE HOPCHET, psychologue clinicienne, formatrice et superviseur en psychotraumatologie, superviseur EMDR Europe, présidente sortante de la Société européenne du trauma et de la dissociation (ESTD), présidente de l'Institut belge de psychotraumatologie (BIP), membre fondateur de l'AFTD.

MARTHA S. JACOBI, travailleur social, psychologue.

ANANDI JANNER STEFFAN, docteure ès sciences, praticienne PITT, *Somatic Experiencing*. Formatrice et superviseur agréée en ICV.

EVELYNE JOSSE, psychologue, hypnose, EMDR. Psychotraumatologue, victimologue. École belge d'hypnose et de thérapies brèves. Consultante en psychologie humanitaire. Experte en hypnose judiciaire.

FRANÇOIS LE DOZE, médecin, psychothérapeute, neurologue, formateur au modèle IFS, directeur de Self Thérapie formation.

BERNARD PASCAL, psychiatre.

OLIVIER PIEDFORT-MARIN, psychologue, directeur de l'IRPT, membre fondateur et ex-président de l'AFTD.

HÉLÈNE ROMANO, docteure en psychopathologie-HDR, psychothérapeute.

MICHEL SCHITTECATTE, psychiatre, agrégé.

MICHEL SILVESTRE, psychologue, thérapeute familial et praticien EMDR, universités d'Aix-en-Provence et de Lorraine.

VICTOR SIMON, médecin, psychothérapeute, Changements, hypnose & thérapie brève. Formation de thérapeutes.

SUSANA TERENO, docteure en psychologie, professeure associée, Institut de psychologie, université Paris-Descartes, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (EA 4057).

ONNO VAN DER HART, psychologue, psychotraumatologue, psychothérapeute, chercheur, professeur émérite à l'université d'Utrecht, spécialisé dans le traitement des traumatismes complexes.

VIRGINIE VANDENBROUCKE, psychologue clinicienne, accompagnante en haptonomie périnatale, haptopsychothérapeute, psychothérapeute certifiée en Theraplay, superviseur et formatrice en Theraplay.

Avant-propos

CET OUVRAGE est né d'un constat : au fil de nos lectures et des formations reçues, nous avons rencontré des praticiens de plus en plus nombreux travaillant avec la notion de dissociation en psychothérapie, à l'aide de techniques variées. Pourtant, ces psychothérapeutes ne faisaient que très rarement référence aux autres techniques existantes pour traiter trauma et dissociation. Ironiquement, chaque courant thérapeutique semblait quasi dissocié des autres.

De ce constat est née, à son tour, l'envie de susciter rencontres et partages entre ces différentes approches : en 2015-2016, nous avons organisé un cycle de conférences à la Ligue française pour la santé mentale, à Paris, autour du thème « Psychothérapies de la dissociation ». C'est de ce cycle que sont issus les premiers textes de cet ouvrage, complétés par la suite par d'autres auteurs qui nous ont rejoints.

Les éditions Dunod ont accepté de nous suivre dans cette aventure, et nous leur sommes particulièrement reconnaissante pour leur esprit innovant et leur curiosité intellectuelle, qui ont permis la réalisation de cet ouvrage et les rencontres qui en sont issues.

Le Dr Roland Coutanceau, bien que critique quant à la notion de dissociation, a soutenu, par son dynamisme et son ouverture d'esprit, tant l'organisation du cycle de conférences à la Ligue française pour la santé mentale, dont il est le président, que la publication de l'ouvrage et le colloque de lancement de celui-ci, à l'Espace Reuilly, le 1^{er} octobre 2016. Qu'il en soit vivement remercié.

Depuis la première édition, a été créée l'Association francophone du trauma et de la dissociation (AFTD), qui a débouché sur la parution d'un nouveau journal scientifique à moitié en français : le *European Journal of Trauma and Dissociation*. Ces initiatives ont contribué à la diffusion de la notion de dissociation traumatique dans le milieu francophone et à la sensibilisation d'un nombre croissant

de professionnels. Les formations se multiplient dans ce domaine, et la réorganisation des diagnostics dans la CIM-11 vient confirmer la pertinence clinique et scientifique de la notion de troubles dissociatifs.

Nous espérons que cette sensibilisation croissante permettra aux patients concernés d'accéder à un meilleur diagnostic, plus précoce, ainsi qu'à des soins plus adaptés. Nous espérons également qu'elle permettra un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des victimes, enfants, adolescents et adultes, et, au total, une meilleure prévention.

Cet ouvrage n'aurait pas pu exister sans la confiance de nos patients et leur persévérance à vouloir guérir. Nous tenons à saluer leur courage. L'ouvrage est à leur intention indirecte, en espérant qu'il aidera des thérapeutes parfois en difficulté face à des patients similaires, multi-facettes, souvent en grande souffrance.

Bonne lecture, et à bientôt, nous l'espérons !

PARTIE I

Généralités

■ Chap. 1	Dissociation structurelle : repères	2
■ Chap. 2	Attachement désorganisé, dissociation et psychotrauma	17
■ Chap. 3	Neurobiologie de la dissociation	27
■ Chap. 4	Les troubles dissociatifs dans le DSM-5	39
■ Chap. 5	La psychose dissociative : un défi pour la conceptualisation, une ouverture pour la psychothérapie	47

Chapitre 1

Dissociation structurelle : repères

Joanna Smith

CE CHAPITRE INTRODUCTIF se veut une synthèse de ce que nous avons compris à partir de la littérature portant sur la dissociation et des formations spécialisées auxquelles nous avons assisté. Il s'agit d'un bref panorama visant à situer la question, sous l'angle des données qui nous ont été utiles jusqu'à présent dans notre compréhension et notre approche cliniques.

L'une des difficultés principales à employer le terme de dissociation est la multiplicité de ses acceptions, que nous tenterons de définir ici. Ensuite, nous aborderons l'étiologie de la dissociation en nous basant sur un éclairage développemental et sur la notion de sécurité de l'attachement. Ces considérations nous amèneront à proposer une description du souvenir traumatique en comparaison du souvenir normal, débouchant sur une définition opérationnelle de la dissociation. Nous terminerons par un panorama des troubles dissociatifs et des recommandations pour l'anamnèse et la prise en charge.

DIFFÉRENTES ACCEPTIONS DU TERME « DISSOCIATION »

► **Définition psychiatrique**

En psychiatrie, la dissociation fait référence à une « désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » selon le DSM-5 (APA, 2014/2016) ou encore à « une perturbation ou une discontinuité involontaires de l'intégration normale d'un ou

de plusieurs des éléments suivants : identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle des mouvements corporels ou comportements¹ » (CIM-11, OMS, 2019). Le terme clé que nous retenons de ces deux définitions est la notion d'intégration (comme opposition à la dissociation). En revanche, il nous semble que ces définitions comportent un certain flou du fait de leur référence à la notion de « normalité » et qu'elles ne précisent pas si la dissociation est un état ou un trait, ou les deux, ni quels peuvent être les liens entre ces états et ces traits. Enfin, il manque la précision, qui nous semble cruciale, de l'origine de la dissociation, c'est-à-dire puisant sa source dans les déficits précoces de régulation émotionnelle et de sécurité d'attachement (au cours des mille premiers jours de vie, voir notamment Schore, 1994, 2009 ; Liotti, 2009) ni son facteur déclenchant de nature traumatique. Ces éléments seront largement développés dans le présent ouvrage, et pourront également être retrouvés plus en détail dans l'excellent ouvrage de Dell et O'Neil (2009).

Le détail des troubles psychiatriques considérés comme dissociatifs est décrit par J.-D. Guelfi dans le chapitre 4 du présent ouvrage, auquel nous renvoyons le lecteur. Nous commenterons seulement que, là encore, dans les classifications internationales des maladies mentales, manque souvent cruellement la référence à la nature fondamentalement traumatique de cette symptomatologie.

► Dissociation péritraumatique

La dissociation péritraumatique est décrite par les victimologues, à l'instar des classifications psychiatriques, comme un phénomène survenant à proximité d'un événement traumatisant. En psychiatrie, on y associe : un sentiment subjectif de torpeur, un détachement ou une absence de réactivité émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement, la déréalisation, la dépersonnalisation et l'amnésie dissociative. Dans le présent ouvrage, L. Carluer décrit les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à ces phénomènes, qui sont issus d'une réaction du système de stress face aux situations associant impuissance et danger (combat et fuite impossibles malgré l'activation du système de stress) (voir le chapitre 3 : Neurobiologie de la dissociation).

1. Voir : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/108180424>, traduction personnelle.

► La dissociation dans la schizophrénie

Dans la terminologie moderne de psychopathologie ou de psychanalyse en milieu francophone, le terme de dissociation est le plus souvent associé à un symptôme-clé de la schizophrénie, décrit par Bleuler (1911) sous l'appellation de *Spaltung*, afin de rendre compte de la discordance de fonctionnement des schizophrènes, entre leur expression verbale et non verbale. Citons notamment Laplanche et Pontalis (1994), caractérisant la schizophrénie par son « incohérence de la pensée, de l'action et de l'affectivité », et employant les termes de « discordance, dissociation et désagrégation ». Paradoxalement, les classifications internationales des maladies mentales ne font pas référence à la notion de dissociation pour décrire la schizophrénie. La confusion est encore plus grande lorsque l'on tient compte des notions véhiculées dans le domaine du grand public ou au cinéma, décrivant la schizophrénie comme un phénomène de personnalité multiple.

Saillot (2012) dresse un historique de la notion de dissociation qui éclaire la source de certaines de ces acceptions et des difficultés conceptuelles qui en découlent. Elle rapporte la popularité du terme de dissociation avant la diffusion de la notion de schizophrénie décrite par Bleuler (1911), notion qui a absorbé dans un second temps le terme de dissociation pour traduire la fameuse *Spaltung*. Saillot (p. 17) cite notamment Bottéro :

« Si la notion de dissociation s'est imposée d'elle-même aux cliniciens français pour rendre le sens de *Spaltung*... C'est avant tout parce qu'elle leur était on ne peut plus familière. »

Elle commente (Ibidem) :

« À partir des années quarante, la notion de dissociation semble se diluer dans celle de schizophrénie. La reconnaissance internationale croissante de la catégorie de schizophrénie apparaît proportionnelle à la disparition progressive de celle de dissociation sur tous les continents. »

Le lien entre la dissociation et son origine traumatique est alors perdu. C'est ainsi qu'ensuite, pendant des décennies, le terme de dissociation a été totalement inusité dans son acception traumatique, et l'origine traumatique de cette symptomatologie totalement occultée.

En contrepoint de ces confusions terminologiques entre dissociation d'origine traumatique et schizophrénie, certains auteurs se questionnent quant à la nature potentiellement traumatique de la dissociation schizophrénique. D'après Moskowitz *et al.* (2009), les deux phénomènes se recourent en partie, notamment dans la schizophrénie paranoïde. En outre, les troubles dissociatifs étant souvent mal dépistés, il n'est pas à exclure qu'il existe des erreurs diagnostiques de troubles