

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITE TRAITEMENT

Le présent article fait suite à l'article que nous avons rédigé et qui expose les aspects théoriques de la dissociation structurelle de la personnalité, également publié au sein de cet ouvrage. Il a pour objectif de tirer les conclusions pratiques de cette théorie au niveau de la prise en charge clinique des patients dissociés.

Les patients qui souffrent d'une lourde symptomatologie dissociative remplissent, surtout au début de leur thérapie, les critères d'un ou plusieurs troubles de la personnalité et reçoivent souvent plus d'un diagnostic (Kluft 1991; Boon and Draijer 1993b; Boon 2005b).

Les Niveaux de Dissociation Structurelle de la Personnalité

Suite à la sélection évolutionniste se distinguent différents systèmes de survie psychobiologiques (Fanselow & Lester 1988) ou des *systèmes fonctionnant de manière émotionnelle* (Panksepp 1998), que nous avons appelés systèmes d'action. Le but de ces systèmes est la régulation d'actions adaptatives et d'instructions à l'action (pour plus de détails voir Nijenhuis et coll. 2002a, 2003; Van der Hart et coll. 2006a, 2006b).

Dans le cadre de la Théorie Structurelle de la Dissociation de la Personnalité, nous distinguons globalement trois niveaux graduels et différents de troubles dissociatifs. Le tableau ci-après montre une classification schématique de différentes réactions d'ordre biologiques, qui n'apparaissent que rarement sous leur forme pure.

Degré de dissociation structurelle	Personnalité totale Systèmes d'action - Gènes et Environnement	
Dissociation structurelle primaire	<i>Rapprochement de stimuli attractifs</i> Systèmes d'action de la vie	<i>Fuite ou évitement de stimuli aversifs</i> Systèmes d'action de défense : Survie de l'individu en cas de menace

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

Dissociation structurelle secondaire	quotidienne, Orientés vers la survie de l'espèce			Réactions de défense de type sympathique		Réactions de défense de type parasympathique	
Dissociation structurelle tertiaire	p.ex. PAN attachement	PAN curiosité	PAN jeu	p.ex. PE combat	PE fuite	PE soumission	PE sidération

PAN: Partie de la personnalité apparemment normale; PE: Partie émotionnelle de la personnalité

L'expression « Partie Emotionnelle » (Myers 1916b, 1916a) signifie que cette partie de la personnalité (PE) se concentre sur des systèmes d'action de défense archaïques (des réactions d'ordre animal) répondant à une menace supposée. La Partie Apparemment Normale de la personnalité (PAN) représente la conscience quotidienne, et peut montrer des sentiments comme la joie, la sollicitude. Ce sous-système gère la vie quotidienne et évite de manière anxieuse les souvenirs traumatiques. L'attention des sous-systèmes de défense est centrée sur le danger et la menace. Ils sont rattachés aux expériences traumatiques.

Si nous présentons ici, pour des raisons didactiques, des catégories claires et univoques, il faut préciser que ces systèmes, même s'ils ne sont pas suffisamment intégrés, partagent néanmoins, dans certains domaines, des fonctions implicites et explicites qui se recoupent, tout comme des contenus psychiques¹. Les systèmes d'action structurent en grande partie la personnalité. Ils organisent les fonctions principales comme l'attention, l'émotionnalité, la (neuro)physiologie et surtout le comportement :

Parmi les systèmes d'action de la vie quotidienne nous connaissons entre autres :

- L'attachement
- L'exploration (la curiosité)
- Le jeu
- La régulation d'énergie (le repos, se nourrir, etc.)
- Le comportement social
- L'approvisionnement
- La reproduction/la sexualité

Parmi les systèmes d'action de défense :

¹ La théorie de la dissociation structurelle se fonde sur la psychologie de la conduite de Janet, qui définit de manière uniforme tous les processus psychiques comme des actions, donc les conduites et les comportements. En ce sens il faut comprendre également les fonctions et les contenus psychiques : comme des actions mentales qui produisent des contenus mentaux.

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

- Le cri d'attachement
- L'hypervigilance
- La sidération
- La fuite
- La lutte
- L'effondrement
- La soumission totale avec anesthésie, analgésie et le réflexe de faire le mort

Les systèmes d'action servant à la régénération :

- Le soin des plaies
- Le repos, faire une pause
- S'isoler du groupe

Objectivement, ce ne sont quasiment que les patients avec un Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) qui perçoivent les PE comme des états de la personnalité ayant leur vie à part. De manière subjective, autant les patients avec un TDI que ceux souffrant d'un trouble dissociatif non spécifié (DESNOS) vivent de telles parties de la personnalité de manière séparée. Les autres patients montrent des prises de position changeantes ou des manières de se comporter correspondant à des réactivations de souvenirs traumatiques tant psychiques que physiques, comme nous le connaissons surtout de patients souffrant de troubles de la personnalité émotionnellement instables.

Si nous intégrons cette lecture dans le système diagnostique de la CIM-10, nous obtenons le tableau ci-après :

Dimensions de la dissociation liées au traumatisme	
Dissociation structurelle primaire	Etat de stress aigu PTSD simple Trouble dissociatif simple de la motricité et de la sensibilité
Dissociation structurelle secondaire	PTSD complexe DESNOS (Trouble de Stress Extrême, pas autrement spécifié), DDNOS (Troubles dissociatifs pas autrement spécifiés)

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

	Trouble de la personnalité état limite lié à des traumatismes Trouble dissociatif complexe de la motricité et de la sensibilité Autres maladies dissociatives
Dissociation structurelle tertiaire	Trouble dissociatif de l'identité

La structuration de la thérapie en trois phases d'après Janet reste valable à tous les niveaux de la dissociation structurelle de la personnalité. Ce qui change, en fonction du degré d'importance de la symptomatologie dissociative, est la focalisation plus ou moins accentuée sur certains éléments essentiels. Chez des patients avec une dissociation structurelle primaire de la personnalité, la désensibilisation de souvenirs traumatiques peut être assez rapidement intégrée au processus thérapeutique. De nombreux patients avec des dissociations structurelles secondaires ou tertiaires, qui reçoivent souvent aussi un diagnostic de troubles de la personnalité, ne dépassent la phase de stabilisation qu'après de nombreux mois, et dans de rares cas pas du tout.

Les principes de traitement fondamentaux de la dissociation structurelle secondaire et tertiaire se ressemblent, c'est pour cette raison qu'ils seront discutés ensemble par la suite.

Les éléments théoriques utiles pour le plan de traitement

Les expériences traumatiques mènent à une *discontinuité du vécu corporel et psychique et du comportement*. Les patients traumatisés souffrent, par la suite, d'intrusions de leurs souvenirs traumatiques, en essayant quand même de mener une vie normale, malgré le fait qu'ils ne sont pas en mesure de réaliser complètement leur propre histoire. En raison de ces déficits essentiels et de la carence en expériences d'attachement importantes, il ne leur est souvent pas possible de développer des façons d'agir adaptatives. Ceci mène, de manière cyclique, à d'autres échecs d'adaptation et d'intégration, ce qui, avec le temps, accentue la symptomatologie : la dépression, la difficulté à réguler les affects, des états d'angoisse, des flashbacks et des crises personnelles qui, à leur tour, inhibent les processus intégratifs.

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

Notre définition de la santé, (en accord avec Janet 1889; Edelman 1989; Stuss et Knight 2002; Fuster 2003; Van der Hart et coll. 2006b) selon laquelle *la santé psychique se caractérise par une capacité d'intégration importante de façon à unifier en une seule personnalité un large éventail de phénomènes psychiques*, préconise déjà une première planification thérapeutique : les patients apprennent en thérapie à intégrer des expériences très diverses de manière cohérente en une seule personnalité, c'est-à-dire un ensemble cohérent, de façon à ce qu'ils puissent arriver à une conduite adaptative dans le présent. Pour cela, il est nécessaire de percevoir les expériences de manière différenciée, de les ordonner et les évaluer les unes par rapport aux autres, et finalement de les intégrer. Les processus intégratifs comprennent en principe deux phénomènes psychiques :

- la synthèse (c'est à dire l'action psychique qui synthétise) comme association sensée de phénomènes psychiques de base dans une structure complexe et cohérente et
- la réalisation comme une perception consciente et une capacité à mettre du sens sur des expériences et des faits personnels, permettant de comprendre leurs implications pour son existence propre, à travers
 - la personnification, c'est-à-dire reconnaître comme sien un vécu, lui donner un sens et l'ordonner dans sa mémoire autobiographique, et
 - la présentification, c'est-à-dire établir le rapport au présent.

Ce qui apparaît clairement est que la synthèse conduite en thérapie, donc l'exposition systématique et progressive des parties de la personnalité à des souvenirs traumatiques et en même temps la prévention d'une nouvelle dissociation ou l'évitement de contenus difficiles, ne suffit pas à elle seule pour une intégration suffisante. Pour qu'un souvenir traumatique devienne un souvenir autobiographique complet, il faut que le patient, pendant la phase de la réalisation, puisse se ressentir, avec ses différentes parties de la personnalité, complètement ancré dans le présent (présentification) et qu'il puisse relier cette conscience d'une part avec son propre passé et d'autre part avec un futur le concernant. Il lui faudra, dans le sens de la personnification, reconnaître les expériences personnelles comme siennes et développer dans le présent de nouvelles façons d'agir adaptées (Janet 1904; Janet 1928; Van der Hart et coll. 1993, 1995). L'intégration signifie pour le patient de pouvoir parler du trauma avec des sentiments appropriés,

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

tout en étant ancré dans le présent. Sans ce résultat, la dissociation structurelle reste maintenue (Steele 2005; Van der Hart et coll. 2006a).

Les patients qui ne peuvent se protéger de souvenirs émotionnellement trop difficiles qu'à l'aide de réactions dissociatives, sont confrontés, au moment où ils essaient d'intégrer les événements traumatiques à leur histoire de vie, à des problèmes qui leur semblent insurmontables. La raison est que la dissociation est maintenue d'une part, par une structuration remontant a priori à la petite enfance, d'autre part, par des phobies :

- Le sentiment de Soi des enfants n'est développé à l'origine que de manière rudimentaire et reste la plupart du temps lié à l'état (Wolf 1990). Ce n'est qu'avec le temps que les tout-petits développent, au contact sécurisé et protecteur avec les parents ou les personnes nourricières, la capacité de former, de maintenir pour un certain temps et d'intégrer des états intérieurs (Putnam 1997). Si cet environnement sécurisé fait défaut, se développent, chez des enfants négligés et maltraités, des sensations, des sentiments, des actions et des conduites intérieures non intégrés, qui seront véhiculés par des systèmes d'actions différents, et restant de ce fait structurellement dissociés. Ces conduites d'état, partiellement différenciées, atteignent à travers le temps des degrés d'expression et d'autonomie et se développent, en fonction des systèmes d'action qui les soutiennent, à devenir des PAN ou des PE (voir aussi Steele 2001; Nijenhuis et coll. 2002b, 2004a, 2004b; Steele & Van der Hart 2004; Van der Hart et coll. 2004a, 2006a, 2006b).
- Les souvenirs traumatiques mettent en place chez la PAN des processus de conditionnement classique, qui peuvent se montrer à travers des comportements d'évitement ou de fuite devant des stimuli aversifs comme par exemple des émotions en lien avec une expérience traumatique, des sensations physiques, des connaissances, etc. Finalement, on peut dire que la partie de la personnalité du quotidien développe une phobie des souvenirs traumatiques et de ce fait également des PE qui portent des mémoires traumatiques (Janet 1904, 1919; Nijenhuis et coll. 2003).
- Dans la plupart des cas, (lorsqu'il y a dissociation structurelle primaire ou parfois secondaire), les PE ne contiennent qu'un seul ou quelques souvenirs traumatiques. Des PE différenciées, comme on les trouve davantage dans les

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

dissociations structurelles tertiaires, peuvent avoir des souhaits, des besoins, parfois même des traits de personnalité différents, qui peuvent comprendre, à côté des sous-systèmes de défense, d'autres systèmes d'action comme le jeu ou l'attachement. Même si des PE ont, avec le temps, développé des conduites particulières pour la vie quotidienne, leurs souvenirs traumatiques difficiles peuvent être facilement réactivés par des stimuli extérieurs en lien avec ceux-ci. Etant donnée l'imprévisibilité des stimuli et ensuite une perte de contrôle lors de vécus intrusifs correspondants à ces PE, la PAN développe souvent des tendances d'évitement phobiques.

- Pour les PE également, la reviviscence des mémoires traumatiques est désagréable : si, à travers le temps, une PE a été activée de manière répétée, elle peut avoir développé, en-dehors de la mémoire traumatique même, un sentiment de Soi élargi et peut générer des phobies des mémoires traumatiques, qui émergent involontairement. La PE essaiera d'éviter de tels souvenirs le mieux possible, mais n'y arrivera souvent pas.
- À partir des patterns de conduites et de stratégies pour faire face, sous-tendus par des systèmes d'actions séparés si fondamentalement différents, se développe de plus une phobie et un évitement des différentes PE entre elles : par exemple, une PE innervée sympathiquement qui a développé des qualités de défense a peur d'en arriver à une réaction vagale de s'abandonner, de faire le mort (Nijenhuis & Den Boer 2006).

Il ressort de cette description que le maintien de la dissociation structurelle est nécessaire pour les patients, de façon à éviter les connaissances de Soi vécues comme insupportables, sa propre histoire ainsi que ses implications. À la suite de cela se développent, à travers des processus de conditionnement classique, opérant et évaluatif, des généralisations, et un manque de capacité de validation et d'intégration temporelles des événements, des peurs de plus en plus vastes et des convictions préréfléchies, qui se généralisent et qui mènent à ces jugements erronés bien connus et ces conduites si peu adaptées.

L'objectif, lors de chaque phase de traitement, devient alors : modifier et finalement surmonter d'une part, les phobies spécifiques liées aux traumatismes, d'autre part, les facteurs additionnels qui maintiennent la dissociation et qui inhibent de ce fait les tendances intégratives naturelles (Janet 1904, 1919). Des conduites adaptatives

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

nouvelles peuvent être bloquées par des dérégulations affectives et relationnelles, évitées par les patients, surtout lorsqu'il s'agit de peurs et de pudeur (Wurmser 1993 ; Fosha 2003 ; Van der Hart 2006). Les patients développent des conduites pré-réfléchies et rigides et perdent beaucoup de force et de temps à cause de patterns liés aux traumatismes, comme, par exemple, la reviviscence d'événements traumatiques, ce qui peut en amener certains à un épuisement ou à des états invalidants. Pour cette raison, il est indiqué d'avancer prudemment, pas à pas, en prenant en compte les capacités des patients à essayer de nouveaux comportements et d'envisager de nouvelles visions, de façon à améliorer progressivement leur capacité psychique et les soutenir à s'exercer à des conduites plus adaptées. Les parties dissociatives de la personnalité doivent gagner en ouverture, en flexibilité, en complexité, et accepter d'explorer des pistes alternatives, de façon à mieux explorer, évaluer, et planifier de nouvelles conduites, mieux coopérer et se coordonner davantage en tant que totalité. Le thérapeute doit aider le patient à trouver un meilleur équilibre de ces forces intérieures et développer une plus grande efficacité mentale, ce qui le rend plus apte gérer avec succès des stimuli complexes intérieurs et extérieurs. C'est alors que le patient pourra, avec le temps, mieux supporter le matériel difficile du passé et du présent, l'intégrer et aller ainsi vers une meilleure qualité de vie.

Diagnostic clinique et pronostic chez des patients dissociatifs

Un bon diagnostic spécifique est important pour la planification thérapeutique.

Horevitz & Loewenstein (1994) distinguent trois catégories de patients hautement dissociatifs :

- Des patients très fonctionnels avec des ressources psychiques, sociales, ainsi que d'autres ressources significatives, avec peu de comorbidité au niveau de la personnalité ainsi qu'une bonne capacité à contrôler leurs émotions.
- Des cas compliqués avec des comorbidités sous forme de troubles de la personnalité, qui laissent paraître peu de succès thérapeutiques et qui montrent des traits de personnalité qui sont généralement liés à des mauvais résultats thérapeutiques.

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

- Des patients mixtes, qui ont tendance à rester impliqués dans des relations abusives. Ils ont souvent développé un style de vie « dissociatif » et montrent des comportements actifs autodestructeurs et/ou des habitudes antisociales.

Somme toute, il semble que des patients, même gravement traumatisés avec des symptômes complexes post-traumatiques et dissociatifs, ont un bon pronostic lorsqu'ils sont motivés et prêts à prendre leur vie en main, à se mettre au travail pour relever le défi de régler eux-mêmes leurs difficultés et qu'ils s'efforcent constamment à acquérir un style de vie « normal », c'est-à-dire une façon d'être au monde et au sein de leurs relations de façon plus saine (Chu 1998). Ces patients se battent spontanément contre de profonds sentiments de désespoir, qui proviennent de traumatismes précoces. Ainsi semble-t-il que la capacité à développer de l'humour est un signe clinique significatif pour un déroulement thérapeutique réussi (Kluft 2005). D'après notre expérience, des tâches quotidiennes (comme le travail, des activités bénévoles, des formations) contribuent à soutenir et rendre plus fortes des activités positives de la PAN et ainsi le pronostic.

À côté du diagnostic des traumatismes et des ressources, il est nécessaire d'examiner la symptomatologie dissociative, par des entretiens cliniques structurés en plus des questionnaires auto-administrés.

Il est important d'examiner la structure dissociative des patients dès le départ, d'évaluer la manière dont la personnalité s'est développée à travers le temps et comment elle fonctionne aujourd'hui. Pour effectuer ce travail commun entre thérapeute et patient, la théorie de la dissociation structurelle peut être un fil conducteur. Tout comportement, toute réaction psychique et toute prise de position des patients trouve son sens :

- de manière évolutionniste comme « câblage pré-établi » dans le cerveau, déterminé de manière génétique (par exemple des « courts-circuits » dans le cerveau en cas de danger et de menace) et
- comme résultat du développement ontogénétique par des processus de conditionnement et d'apprentissage, se basant sur les potentialités biologiques en réaction dynamique avec l'environnement et ses contraintes.

Ici, la prise en compte des peurs liées aux traumatismes est cruciale, étant donné qu'elles sont à l'œuvre dans tout processus de résistance ouverte ou tacite. Évaluer les peurs et en faire l'anamnèse permet des interventions thérapeutiques et de psycho-éducation

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

plus ciblées, ayant pour suite de renforcer le patient et en même temps la relation thérapeutique. Toute intervention intégrative aide à amoindrir des états de souffrance et à faire comprendre au patient que ses conduites ont eu un sens, même si elles sont dysfonctionnelles dans le présent.

Un critère de pronostic important est de savoir quelle est l'étendue de la dissociation et dans quelle mesure des systèmes d'action impliqués dans les compétences relationnelles sont touchés, ce qui a des répercussions directes sur la relation thérapeutique.

À cela s'ajoutent les questions suivantes : quelles sont les réactions psychiques que le patient vit difficilement, quelles sont celles qu'il évite et celles qui le submergent aussitôt. Il est important que le thérapeute garde en tête que ce questionnement mérite d'être approfondi pour toutes les parties dissociatives. Nous devons également partir du principe que les patients ne craignent et n'évitent pas que des sentiments et des sensations négatifs, mais aussi ceux qui sont positifs. De plus, il faut, le plus rapidement possible, explorer des conduites et des principes anticipatifs maladaptés, notamment en questionnant quelles sont les expériences du patient lors de conduites psychiques spécifiques : que ressent-il quand il est en colère (sur le plan corporel, s'il entend des voix, s'il a des pensées négatives ou des convictions intérieures, etc). Les patients peuvent développer des peurs très diverses : de la phobie des émotions, des pensées, des besoins, des désirs, des fantasmes et des sensations physiques, jusqu'à des phobies du corps lui-même. Pour cela, existent de nombreuses techniques, le plus souvent hypnothérapeutiques, qui permettent d'aborder ces peurs au cours de la thérapie.

La Théorie de la Dissociation Structurelle, distingue différents types de phobies :

- les phobies des stimuli et des comportements liés aux traumatismes
- la phobie des souvenirs traumatiques
- la phobie des conduites psychiques liées aux traumatismes
- la phobie des parties dissociatives de la personnalité
- la phobie du lien et de la perte de ce lien
- la phobie de l'intimité
- la phobie de la vie normale
- la phobie du changement, des « conduites à risque saines », de l'intimité

D'après nos expériences, il est malheureusement plutôt exceptionnel que des patients avec des troubles dissociatifs graves soient diagnostiqués correctement dès la première

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

thérapie. Dans cette mesure, il est important de poser des questions concernant les raisons qui ont mené à des réussites partielles d'autres thérapies préalables et pourquoi celles-ci ont été abandonnées.

Ceci arrive lorsque des thérapeutes n'ont pas suffisamment pris en compte les phénomènes dissociatifs ou alors parce que la relation thérapeutique n'a pas supporté la difficulté du transfert traumatique et du contre-transfert.

Naturellement, les mêmes systèmes d'action et des conduites liées au fonctionnement dysfonctionnel se réactiveront dans notre thérapie. Le questionnement minutieux et la réflexion commune avec le patient ne peuvent pas en éviter l'émergence, mais il est possible de prévenir qu'elles mènent une fois de plus à l'abandon d'une relation thérapeutique. Pour nous, l'intégration des conduites des patients dans leur propre histoire de vie et dans des modes de réaction ayant un sens sur le plan évolutionniste mène à la compréhension que leurs façons d'agir ne nous sont pas destinées personnellement, mais ont été à un moment de leur vie une réaction sensée à une situation vécue subjectivement comme menaçante.

Nous ne devons jamais oublier que la première relation de transfert, la plus franche, que les patients très dissociés nous proposent, n'est pas la seule, mais que différents processus de transfert conscients et inconscients sont présents simultanément. De la même manière, dans la vie quotidienne de ces patients, il n'y a eu que des schémas relationnels ambivalents, et ce sur de nombreuses années.

Lorsque nous supposons un vécu dissocié chez des patients, nous prenons en compte cet état de fait dès les premiers entretiens :

- en étant ouvert à des avis différents, éventuellement contradictoires
- en prenant en compte, dès le départ, que notre parole peut être interprétée différemment à partir de points de vues différents (des PAN et des PE différentes)
- en laissant le moins possible de surface de projection et en n'utilisant pas l'espace du transfert comme un espace de diagnostic, mais en travaillant davantage de manière pédagogique, en donnant des explications sur les questions que nous posons lors les premiers entretiens, de façon à établir un climat de sécurité
- en anticipant nos propres actions et en clarifiant les raisons de celles-ci.

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

Exemple :

« Vous m'avez déjà dit, au téléphone, que vous avez fait différentes thérapies en cabinet et en clinique avec plus ou moins de succès, et que lors du dernier passage en clinique a été posé le diagnostic d'un trouble dissociatif, et vous vous êtes sentie davantage comprise. Je peux m'imaginer que, malgré cela, ce n'est pas si facile et qu'il existe peut-être des sentiments ambivalents à commencer une nouvelle thérapie avec une nouvelle thérapeute, même si vous savez que je prends en compte le diagnostic dissociatif. D'après ce que j'ai compris, le manque de compréhension et les questionnements des autres thérapeutes vous ont souvent blessée.

Afin d'être sûre du diagnostic, je vous propose de faire quelques tests, pas que je n'aie pas confiance dans les résultats de la clinique, mais pour me rendre compte du degré de vos symptômes dissociatifs dans votre quotidien. »

Principes de traitement chez des patients dissociés

Comme pour tous les patients traumatisés, créer une bonne relation thérapeutique est la base d'un traitement réussi. En-dehors d'un degré élevé en capacité intégrative, le thérapeute doit montrer une présence importante, en raison de tendances à la dépersonnalisation et à la déréalisation fréquentes chez les patients dissociés. Plutôt qu'un comportement réactif et impulsif, il est important d'agir de manière réfléchie sans discontinuer, même en cas de grande détresse ou d'une attitude négative du patient.

Nous devrions nous laisser guider par l'idée que nous construisons dans la thérapie un cadre stable et sécurisé, qui déclenche le moins possible les réactions de défense et de rejet des patients, tout en laissant la possibilité, tant pour le patient que pour le thérapeute, d'initier et de s'exercer à des comportements appropriés et adaptatifs. Pour cela, il faut que nous nous laissions « toucher » intérieurement par nos patients, tout en ne perdant pas de vue l'amélioration de leur capacité à fonctionner en général et de leurs parties de la personnalité en particulier.

Les intrusions et les répétitions coûtent assurément en force intérieure, épuisent le patient et lui prennent l'énergie pour essayer de nouvelles conduites et attitudes. Comme Janet et Ellenberger (Ellenberger 1970, 1996), nous voyons dans les mémoires traumatiques une forme particulière du principe général de l'action non achevée. Nous devrions terminer tout événement, tout conflit, voire toute phase de vie à un certain

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

moment, sinon il reste des traces pathogènes, qui provoquent une perte constante et imperceptible de force psychique. C'est pour cela qu'il est si important de terminer les actions.

L'énergie psychique et l'efficacité mentale du patient devraient s'orienter de plus en plus vers une attitude intérieure et une manière d'agir extérieure appropriées, sans plus se perdre dans des actions reliées aux traumatismes non terminés.

Nous avons les meilleures chances d'atteindre cela en combinant :

- l'encouragement thérapeutique à essayer des façons d'agir plus adaptées
- un soutien psycho-éducatif
- l'entraînement d'habiletés nouvelles
- l'examen des "résistances"
- la modification progressive des manières d'agir du patient, tant à l'intérieur de lui qu'également dans le quotidien

D'après notre expérience, le processus thérapeutique doit être structuré et suivre un certain ordre. Avant que des mémoires traumatiques ne puissent être travaillées, il faut qu'un bon contact ait pu être mis en place entre les parties dissociées, puisque, de prime abord, elles sont constituées de manière phobique. La condition pour cela est que les différentes peurs, comme celle de s'attacher (au thérapeute, aux parties intérieures, aux PAN et aux PE), la peur des contenus psychiques, des actions psychiques comme des sentiments, des pensées, des désirs, des besoins, des fantasmes, soient surmontées.

Il est important, surtout pendant la première phase de la thérapie, c'est-à-dire la stabilisation, de soutenir la PAN dans ses capacités à faire face et d'augmenter petit à petit sa fonctionnalité au quotidien, c'est-à-dire dans les domaines du travail, du jeu, des soins de soi, des relations sociales, etc. La PAN doit apprendre à percevoir et à contrôler ses niveaux d'activation psychophysiologiques ainsi que maintenir, voire renforcer si possible, son niveau d'intégration atteint jusque-là.

Cela veut dire observer, ensemble, avec le patient, sans interpréter, ce qui est en train de se passer, afin de toujours attirer l'attention sur l'interruption des manières d'agir automatiques, d'effectuer des actions contraires, afin de créer des chances pour de nouvelles expériences (Grigsby et Stevens 2000).

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

Considérons encore une fois l'importance de ne pas oublier que, malgré le degré de dissociation, toute personne n'est constituée que d'une seule personnalité. Nous naissons avec *un seul* cerveau et *un seul* corps. Pendant l'évolution des espèces, se sont développées dans notre cerveau des structures morphologiques et des manières d'agir intégratives sur le plan psychique et physique, qui permettent de reconnaître comme nôtres des expériences, des actions, et notre corps. Ce sont justement ces manières d'agir qui sont (partiellement ou presque totalement) réprimées chez des patients dissociés. Dans cette mesure, toutes les parties intérieures du patient peuvent être vues comme des parties d'une personnalité tout entière, au sein de laquelle se symbolisent des manières d'agir et de voir différentes, qui, si la dissociation n'intervenait pas, pourraient être perçues éventuellement comme des ambivalences. C'est pourquoi nous pensons que l'attitude intérieure de certains thérapeutes, qui perçoivent les PE comme des personnalités à part entière, est une réification dangereuse de la vue subjective de certains patients, ce qui finalement n'est d'aucune aide pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Nous ne récupérons pas non plus de nos patients dépressifs l'idée que la vie est triste et désespérée, mais nous considérons cela comme leur façon subjective de voir et reconnaissons que leur souffrance est importante, afin de les aider à mieux surmonter leurs problèmes. Si nous souhaitons atteindre l'objectif d'une meilleure capacité d'intégration de nos patients, tout en ne perdant pas la vue d'ensemble, nous devons travailler de manière thérapeutique avec les PE, puisque ce sont elles qui portent une grande partie des peurs dysfonctionnelles du patient.

Déroulement de la thérapie chez des patients dissociés

Lors de la première phase du traitement, la ou les PAN (qu'il s'agisse de dissociation primaire, secondaire ou tertiaire) ont à apprendre une meilleure gestion de la vie quotidienne. A côté d'une *fonctionnalité améliorée dans la vie quotidienne*, nous soutenons la PAN à se distancier des mémoires traumatiques et des actions propres aux traumatismes des PE, c'est-à-dire que nous limitons les ressentis difficiles, en mettant en place des exercices de confinement. De nombreux exercices très utiles ont été publiés (Reddemann & Sachsse 1997; Reddemann 2000; Huber 2003a, 2003b, 2005; Reddemann et coll. 2003; Dissociation et coll. 2005a; ISSD et coll. 2005), qui peuvent

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

être efficaces auprès de patients avec un trouble dissociatif de l'identité, tant pour des groupes intérieurs, que pour des parties dissociées isolées.

Ensuite, il est possible d'approcher les différentes parties de la personnalité de manière progressive, tout en étant attentif à ne pas dépasser les capacités intégratives des parties concernées. Dans le sens d'une exposition graduelle, il faudrait commencer avec les parties les moins phobiques entre elles pour passer petit à petit à des parties davantage touchées par la phobie. Pour cela, il est primordial qu'au début, les différentes parties n'échangent pas de matériel traumatique, *le plus important sera l'orientation des PE dans la réalité présente*. Ici également, l'ordre importe : il faudrait d'abord travailler le plus possible de manière cognitive, pour en arriver ensuite à aborder des interactions sensorielles et affectives. À partir du moment où la coopération et la négociation interne sont possibles, nous pouvons encourager le patient à partager graduellement des expériences traumatiques, afin que la synthèse et la réalisation se fassent pour toutes les parties de la personnalité.

Pendant toute la thérapie, il est de notre devoir de thérapeute d'interrompre très rapidement des schémas de réaction préréfléchis, comme par exemple des tendances à réagir impulsives ou bien à percevoir des émotions très intenses. Ce sont les *processus de mentalisation* qui sont à favoriser. Le travail psychique nécessite du temps et de la patience, en conséquence il est naturel qu'il se déroule lentement. En guise de soutien, nous proposons, lorsque c'est approprié, des *explications psycho-éducatives*, ce qui peut être une manière de contrôler thérapeutiquement le processus d'interaction entre parties dissociées. Tout cela doit être fait très consciemment par les PAN et les PE tout en pensant aux autres parties, afin d'acquérir de l'empathie, de la régulation et un guidage internes et d'accentuer le développement de capacités sociales internes.

- Souvent le thérapeute peut, à l'aide d'une PAN comme « *médiateur* » utiliser la technique du « *parler à travers* », c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble des parties de la personnalité en les invitant par exemple à un *lieu de conférence intérieur* (Fraser 1991, 2003; Krakauer 2001) ou en recherchant des informations pour un problème du quotidien qui ne peut être résolu avec les seules connaissances de la PAN. De manière semblable, nous pouvons également inviter des « parties enfants » intérieures, à écouter et à observer ou à regarder à travers les yeux d'une PAN « adulte ».

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

- Les ressources faisant appel à des capacités d'imagination peuvent être très utiles : ensemble on peut créer un *lieu intérieur* pour tous, pour un groupe de parties ou pour une seule partie. Par exemple, les PE peuvent avoir un lieu de *rassemblement commun*, en prenant des précautions et des mesures de sécurité pour toutes les autres parties dont elles ont peur par ailleurs, pour que celles-ci puissent aussi avoir un endroit à part dans le lieu sûr ou dans le lieu de rassemblement. Ceci favorise la synthèse et la réalisation, soutient la mentalisation et l'expérimentation d'actions, tout en utilisant des symboles et l'imagination. Selon le degré de développement des parties dissociées, il est possible, pour la communication intérieure, d'utiliser des téléphones pour des PE très fonctionnelles ou alors (par exemple, pour des petits enfants intérieurs) trouver des symboles non verbaux (par exemple, un bébé intérieur qui est pris dans les bras de manière imaginaire par une autre partie de la personnalité).
- Si l'échange est difficile avec des parties qui ne veulent pas s'exprimer, nous pouvons avoir recours à la technique hypnothérapeutique par des signaux idéomoteurs (Hammond & Cheek 1988; Putnam 1989). Toute forme de support créatif issu de la thérapie par l'art peut également soutenir ce processus. S'il reste toujours difficile d'entrer en contact avec des parties intérieures, nous pouvons demander à des parties socialement plus reliées, de prendre contact avec cette partie et de répondre à sa place.
- S'il arrive dans la thérapie qu'il y ait un *changement (Switch) de parties de la personnalité*, il est important de le laisser faire tout en posant la question, et en nous demandant, pourquoi un changement était nécessaire juste à ce moment-là. Les changements se produisent, en règle générale, lorsque le système d'action de la partie « active » jusque-là ne suffit plus pour le thème ou le problème abordés. Ainsi, des changements peuvent arriver, si par exemple des thèmes difficiles sont abordés et que la tolérance à l'affect ou à la frustration ne suffit pas, mais aussi quand il s'agit d'un besoin intérieur d'avoir un contact direct avec le thérapeute.

Nous ne devons pas oublier d'aider les parties à mieux régler les problèmes et les questions du quotidien. Cela peut avoir lieu à travers par exemple des groupes de discussion intérieurs ou un travail d'équipe pour des tâches à venir.

Vignette clinique

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

A l'hôpital, un patient avait des difficultés avec une prise de sang. La partie qui pouvait ignorer la douleur et qui entrainait en place immédiatement en cas de menace physique –et pour le patient la prise de sang en faisait partie – n'était pas en mesure d'entrer en contact socialement. Déjà, par le passé, il s'était montré impulsif et avait eu des problèmes à cause de bagarres. Lors d'une première discussion interne, il a pu être établi qu'il devait être soutenu par une partie capable de prendre contact et parler au médecin traitant. Une autre partie a été désignée avec pour tâche de prévenir les réactions de défense inappropriées en cas de crainte d'une menace. Toutes les autres parties de la personnalité ont été invitées à se rendre dans le lieu sûr et à construire autour d'eux un mur du son et de la douleur étanche, voire de dormir profondément et sans rêves.

- À travers ce type d'interventions, nous soutenons le patient afin que les parties intérieures développent *des stratégies de solutions communes pour des problèmes du quotidien*. Pour ce faire, ils peuvent affiner des capacités déjà présentes ou en acquérir de nouvelles. La compétence sociale devrait être stimulée dès le début de la thérapie, de même qu'il faut résoudre des soucis de relations interpersonnelles difficiles. A ce titre, la technique du « Blending » (Hofmann and Mattheß, 2005; Mattheß, 2005) convient bien.
- Nous devons aider le patient à accomplir des tâches de la vie quotidienne par des groupes de parties intérieures, en faisant de petits pas. Cette coopération stimule l'efficacité mentale du patient, pour initier, mener à bien et terminer des actions jusque-là pas ou mal gérées. Il est important de concentrer notre attention sur le fait que ces tâches puissent être complétées avec succès. *Ces vécus de réussite* sont importants pour le patient et la thérapie et soutiennent la capacité à essayer de nouveaux comportements et sentiments et à les intégrer dans son répertoire. Tout échec ne ferait que renforcer le vieux sentiment d'impuissance et de désespoir.
- Lorsqu'une nouvelle PE émerge, il est important de l'ancrer petit à petit dans le présent en faisant appel à tous les sens. Cette *perception, d'être dans la réalité d'aujourd'hui*, favorise la *présentification*, en clarifiant que le temps présent est sécurisé, contrairement à certains temps passés. Ceci est à mettre en mots avec la partie de la personnalité : « Aujourd'hui nous sommes en 2011, vous êtes (pour des parties enfantines : tu es) dans mon cabinet, la personne qui vous a fait du

mal avant n'est pas ici ». Cette verbalisation est importante. Si elle vient à manquer, cela inhibe les actions de mentalisation chez les patients, ce qui mène à mélanger des événements intérieurs (par exemple, des émotions ou des sensations) avec des événements extérieurs (par exemple, le comportement) (Rauch et coll. 1996; Van der Hart et coll. 2006a, 2006b).

- L'idée de fond consiste, comme déjà mentionné, à protéger le patient d'expériences insupportables, contenant le plus souvent de la honte et de la peur. Habituellement ces *capacités verbales* à décrire des états intérieurs manquent aux PE, qui sont très chargées d'affects, qui dissocient, souvent en vue de se décharger, des souvenirs difficiles dans des modalités différentes sur d'autres parties de la personnalité. Lorsque nous expliquons au patient que les sentiments et les comportements sont des phénomènes différents, quand nous les incitons à considérer leurs sentiments et leurs désirs comme légitimes, nous proposons aux patients un nouveau modèle et nous les aidons à désensibiliser, à leur rythme, les différentes parties de la personnalité contre les réactions psychiques aversives.

Si nous ne réussissons pas, par exemple, à prendre contact avec une partie de la personnalité méfiante en séance de thérapie, ou au moins à la faire participer de manière indirecte à un travail avec une autre partie, alors le sentiment de méfiance restera non travaillé et subsistera, au moins dans sa composante affective. Il s'agit du vécu réel de sécurité dans l'ici et maintenant, car les intrusions de matériel traumatique des PE sont, dans la mesure où elles apparaissent dans le présent, interprétées par la PAN et la PE comme des faits de la réalité présente, et non comme appartenant au passé.

- Les explications psycho-éducatives peuvent être utiles (par exemple, pourquoi la peur peut être aussi envahissante), afin de stimuler l'efficacité mentale à gérer les problèmes émotionnels. Progressivement, nous devrions amener la PAN à réaliser des *mises à l'épreuve cognitives et somatiques* afin d'interpréter correctement l'expérience. Le but est d'augmenter la *présentification de la PAN par la création de schémas cognitifs et affectifs* pour la « réalité présente » par rapport à la « réalité post-traumatique ». Ceci est d'une aide précieuse pour évaluer des sentiments et des perceptions comme « présentes » ou « passées ».
- Afin de mieux amener ces thèmes dans la thérapie, nous soutenons la *tenuë d'un journal pour les expériences quotidiennes*.

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

- Nous faisons attention à notre manière de parler, pour qu'elle reflète rigoureusement l'ancrage dans la réalité, et nous évitons de réagir à des émotions comme s'il s'agissait de faits.
- Tandis que la capacité à correctement discriminer les stimuli augmente pour la PAN adulte, nous pouvons la soutenir à renforcer la présentification au sein des PE. La PAN peut leur assurer par exemple que le patient est maintenant adulte, leur montrer que la vie aujourd'hui est très différente, et s'accrocher aux expériences qui permettent de vivre des choses calmes et sécurisantes, et inviter les PE à partager ces expériences.

S'il y a des *difficultés de contact des parties entre elles*, alors nous devons systématiquement aborder la dimension relationnelle. Si, au lieu de rester dans la discussion du contenu, nous nous concentrons sur les relations, nous pouvons, la plupart du temps, expliquer la *résistance intérieure comme un mécanisme de protection et une réaction conditionnée*. Il s'agit de réactions défensives du patient visant à éviter quelque chose qui génère de la peur : intégrer des aspects craints d'une expérience, comme des sentiments, des souvenirs ou des conflits relationnels.

- Nous pouvons comprendre la résistance à partir du point de vue des phobies liées aux traumatismes. Le patient en reste à des règles inappropriées préréfléchies du type « si-alors » : « Si je te fais confiance, alors tu vas me blesser ou m'abandonner » ; « on ne va pas m'aimer si je me mets en colère » ; « cette partie est méchante ; si je l'accepte, moi aussi je vais être méchant ». Souvent, il y a aussi la *peur de réactiver des mémoires traumatiques*, qui empêche un bon contact des parties entre elles. Si cela arrive dans la thérapie, la première chose à faire est de rester calme en tant que thérapeute, ne jamais toucher le patient sans son autorisation, lui parler lentement en utilisant peu de mots, des mots simples et en les répétant. Si possible, le patient devrait avoir les yeux ouverts et regarder autour de lui. Nous pouvons, pour le soutenir, lui proposer des exercices de réassociation, c'est-à-dire d'orientation et d'ancrage dans le corps et prier le patient d'utiliser pour cela ses différents sens, par exemple : « Pendant que vous ressentez le sol sous vos pieds, vous pouvez regarder autour de vous dans la pièce ». Nous devons nous garder de demander ce dont le patient se souvient et ce qu'il ressent, car cela peut en augmenter l'intensité. Au contraire, nous devons lui annoncer qu'il est très important d'être dans un lieu sûr avec une aide

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

appropriée lors d'un souvenir. Après cela, nous pouvons expliquer au patient que *se souvenir ne doit pas être la même chose que revivre*.

- Souvent, il existe une *partie observatrice intérieure* qui peut nous amener des informations sur d'autres parties ou des thèmes importants dans la vie du patient. Avec elle, nous pouvons inviter le patient à « réfléchir sur lui-même » (Boon & Van der Hart 2003). Des gardiens ou des parents intérieurs peuvent prendre soin des parties qui en ont besoin.

Par ailleurs, des parties phobiques de l'attachement doivent être habituées petit à petit à des liens intérieurs et avec le thérapeute, afin de leur rendre possible l'expérience d'un lien sécurisant.

- Finalement, la PAN doit apprendre à remettre en question son expérience immédiate et la différencier : « Est-ce 'moi' ou une partie de moi qui a peur en ce moment ? ». De cette manière, elle apprend à questionner « son éprouvé intérieur » : « Quelle partie de moi ressent la même chose ? » « Pourquoi ? » « De quoi a-t-il/elle peur ? De quoi a-t-il/elle besoin pour avoir moins peur ? Et que puis-je faire pour l'aider ? ». Les perceptions psychiques peuvent être reliées de cette manière avec les parties concernées.

Par le modèle de la Théorie de la Dissociation Structurelle, le patient apprend à décoder les affects et les réactions qui « appartiennent » à différentes PAN ou PE spécifiques, ainsi que leurs significations.

Ce procédé réussira, si nous pouvons suivre de manière empathique les convictions négatives, les expériences et les résistances des parties de la personnalité du patient, et si nous gardons en même temps *un degré élevé du sens de la réalité*, c'est-à-dire en gardant en tête que les parties dissociées font partie d'une seule personnalité toute entière.

- Nous devons garder à l'esprit que, systématiquement, *toutes nos interventions produisent des implications systémiques*.
- Pour cette raison, nous devons directement examiner de manière précise toutes les parties, leurs rôles et leurs fonctions, leurs relations entre elles, leurs forces et leurs faiblesses, de façon à les intégrer et laisser ces résultats nous guider dans nos interventions. Celles-ci peuvent s'adresser soit au patient en entier, soit à deux ou plusieurs sous-systèmes de la personnalité ou alors à une seule partie dissociée.

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

Globalement, ces interventions sont destinées à diminuer la dissociation structurelle et à augmenter la réalisation du patient en tant que personnalité totale. Dans la mesure où les PE sont déclenchées directement par des stimuli externes et internes, il est important que les PAN apprennent lors du traitement, à s'occuper des PE. *Pour cela, nous devons être conscients de ne pas prendre sur nous ce travail, qui doit être réalisé par la PAN du patient. Le but de la thérapie est la co-conscience et finalement l'intégration de la personnalité.*

- Nous favorisons cette co-conscience si nous renonçons autant que possible à des « rendez-vous particuliers » avec des PE, tout en nous concentrant davantage sur le soutien du groupe en entier, en l'invitant à « se réunir dans le lieu de conférence intérieur » pour prendre des décisions.
- En tant que thérapeute, nous restons le plus possible dans un rôle de soutien pour la guérison du système. Nous ne devons pas devenir une instance externe de contrôle pour le patient. Cette façon de travailler ensemble apprend au patient que le thérapeute n'a pas toutes les réponses, ni n'est tout-puissant : ce n'est pas de la responsabilité du thérapeute de trouver les réponses ou les solutions, d'autant plus que celles-ci ne seraient pas celles du patient.
- La coopération amène la PAN et le thérapeute à travailler ensemble à mettre en place la communication et des liens avec les parties du Soi traumatisées et exige du patient qu'il renonce à ses réactions habituelles et aux « histoires familiales qu'il se raconte ».

Travail sur les souvenirs traumatiques, intégration, et fin de la thérapie

Si les patients ont acquis suffisamment de sentiment de sécurité, de contrôle et une façon de voir la vie de manière positive au cours de la thérapie, et si les personnes ne nous le demandent pas, nous n'abordons pas nécessairement les souvenirs traumatiques. Cela n'a pas de sens d'aller repêcher des traumatismes passés si les patients peuvent vivre leur vie de manière positive, avec plaisir et si leur quotidien n'est pas accablé par des intrusions.

Au cas où la fonctionnalité actuelle est réduite, une exposition contrôlée et prévisible à des souvenirs traumatiques peut aider à l'améliorer. Ceci est une phase

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

difficile dans la thérapie, phase qui ne devrait pas être commencée avant qu'une stabilisation suffisante ne soit atteinte. Si l'alliance thérapeutique n'est pas encore assez sûre, si les agressions continuent dans la vie quotidienne, s'il y a des maladies importantes ou des interruptions de la thérapie à venir, il faut renoncer à l'exposition traumatique (Van der Hart 1986, 1998, 2006; Van der Hart et coll. 1993, 1995, 2006a; Nijenhuis 1999b; Nijenhuis et coll. 2004a; Steele 2005).

Avec l'accord du patient, nous travaillons de manière ciblée et consciente à ce que le traumatisme devienne une partie de l'histoire personnelle. Comme discuté plus avant dans ce chapitre, il faut aborder les différentes phobies systématiquement et pas à pas, comme par exemple les phobies qui se rapportent au lien incertain avec l'agresseur, ou au lien et à la perte du lien chez les PE, et particulièrement la phobie nodale des mémoires traumatiques.

La synthèse guidée de manière thérapeutique, c'est-à-dire l'exposition graduelle de parties de la personnalité aux souvenirs traumatiques peut être effectuée de nombreuses manières différentes². La thérapie EMDR est également utile, pour peu que l'exposition soit progressive, par exemple à travers le protocole inversé (Hofmann, 2005, Hofmann & Matthess 2011), des méthodes d'exposition en alternance avec des ressources (Levine, 1997 ; Twombly, 2000 ; Fine & Berkowitz, 2001 ; Knipe, 2009), ou encore à travers un travail de désensibilisation des émotions pour elles-mêmes (O'Shea, 2009), voire des mémoires préverbaux (O'Shea, 2009). Tout travail avec des souvenirs traumatiques doit s'orienter sur les capacités psychiques intégratives du patient et éviter qu'il ait à dissocier à nouveau ou à éviter des contenus difficiles. Les deux méthodes peuvent être utilisées au-delà des souvenirs traumatiques eux-mêmes, par exemple pour traiter des convictions pathogènes, surtout si celles-ci participent aux problématiques fondamentales de la personne, ou pour traiter des sentiments diffus liés à des traumatismes, ou des suggestions post-hypnotiques difficiles mais aussi pour des expériences positives.

Le but de l'exposition progressive est l'intégration de souvenirs traumatiques et des actions liées aux traumatismes (tant psychiques que comportementales) dans la personnalité totale du patient. Pour ce faire, l'action psychique de synthèse est nécessaire, et comprend la réalisation avec les composantes de personnification et de présentification. La confrontation avec des stimuli évités auparavant aide à remplacer de

² Une description détaillée se trouve dans Van der Hart (2005) et Van der Hart et coll. (2006b).

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

vieilles perceptions, idées, sentiments et conduites rigides, qui sont restrictifs et mal adaptés, par de nouveaux, plus appropriés. Nous soutenons cela en invitant les parties de la personnalité à partager de manière contrôlée des souvenirs traumatiques (ou des aspects comme des réactions sensori-motrices, des sentiments, des cognitions etc.), qui auparavant étaient complètement dissociés ou qui ne pouvaient être rappelés que partiellement. Ceux-ci peuvent varier en volume selon la gravité du traumatisme ou de la capacité intégrative du patient. Une synthèse réussie contient une « dilution » de l'événement traumatique ou alors une capacité à compléter des conduites que le patient a toujours dû recommencer auparavant.

Ensuite, le patient réalise que le traumatisme est un événement passé, grâce à la personnification et la présentification. En même temps, il développe la capacité à décrire un souvenir narratif – autobiographique. Notre tâche ici est d'accompagner le patient dans le deuil de ce qui n'a pas pu être pleuré, de l'inciter à accentuer des conduites non – dissociatives et de soutenir l'intégration de parties de la personnalité dissociées.

Nous décrivons comme fusion complète l'unification de toutes les parties de la personnalité en une seule, coordonnée et complétée par un comportement adapté et approprié, sans sentiment subjectif d'être psychiquement scindé.

Finalement, nous abordons les phobies du patient dans la vie quotidienne, afin qu'il puisse mener une vie normale. Au cours de cette dernière phase de la thérapie, il est important d'aborder les peurs du changement, puis celles concernant les prises de risques saines et finalement la peur de l'intimité. Ceci peut être très difficile pour bon nombre de patients. Certains tendent, en cas de stress, à développer la dissociation ou les changements d'état de conscience. Ici, nous devons être vigilants, prévenir et renforcer la capacité à prendre soin de soi. Pour cela, nous ne devons pas avoir peur de thèmes comme la sexualité, l'image du corps, des questions concernant le sens de la vie ou même la spiritualité.

La fin de la thérapie doit être préparée consciencieusement, en prenant suffisamment de temps, tant par le thérapeute que par le patient.

Pour conclure, nous aimerions rappeler à quel point il est important pour un patient traumatisé, quelle que soit la phase du traitement, d'être soutenu par un thérapeute calme physiologiquement, en mesure de rester à un niveau de fonctionnement réfléchi

Matthess, H. & Dellucci, H. (2011). Dissociation structurelle de la personnalité. Traitement In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir*. pp.282 – 304. Dunod, Paris.

et capable de ne jamais faire à la place du patient ce que celui-ci est capable de faire seul. Finalement, c'est ainsi que nous aidons les personnes à construire davantage de résilience, au-delà de celle qui a purement servi à survivre.