

## La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie

### S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatismes complexes et chroniques

#### 1. Introduction

Pierre Janet (1859 – 1947) a été le premier à proposer une structure de traitement en trois temps en psychotraumatologie, sous la forme d'une première phase de stabilisation, puis celle consistant à travailler directement sur les traumatismes, pour finir par une phase d'intégration et d'accompagnement au changement. Ce tryptique reste d'actualité encore aujourd'hui avec un consensus unanime pour proposer un travail thérapeutique par phases, multimodal et orienté sur les habiletés et compétences de la personne (Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999).

Qu'il y ait présence ou non de troubles dissociatifs, il n'est pas possible d'avancer dans un travail de psychotraumatologie sans une stabilisation adéquate. Celle-ci se construit sur les acquis déjà présents chez la personne qui consulte et poursuit trois objectifs. En premier lieu et avant tout il s'agit de la mise en place d'une relation thérapeutique soutenante, dans laquelle le patient a trouvé un interlocuteur à la hauteur de ses attentes, dans laquelle le thérapeute se sent également en mesure de répondre à la demande de la personne venue consulter. Cette dimension fait partie de la stabilisation sur le plan relationnel, mais ne se réduit pas à celle-ci. En second lieu, le patient apprend à maîtriser les réactions intempestives de son corps, à travers des exercices pratiques appelés exercices de stabilisation. La mise en œuvre concrète de cette stabilisation corporelle nécessite la prise en compte d'un certain nombre de paramètres non négligeables pour réussir. Le troisième type de stabilisation pourrait être appelé cognitif, dans la mesure où le patient apprend à mieux connaître l'origine de son trouble, en comprendre les déclencheurs, afin de développer davantage d'indulgence envers soi et autrui. Il trouvera ainsi la motivation nécessaire pour aborder les événements traumatiques et aider à la planification du traitement. Nous espérons ainsi favoriser la compliance du patient et son aide dans l'évaluation des résultats. Le patient ainsi stabilisé mettra en œuvre les changements nécessaires à l'atteinte de ses objectifs.

Cet itinéraire ainsi dessiné peut faire rêver n'importe quel thérapeute, qui néanmoins décrit une réalité toute autre, notamment avec des patients traumatisés complexes qui présentent des troubles dissociatifs. La littérature décrit que ces patients présentent fréquemment une dérégulation sévère de l'affect, des comportements auto-blessants, des processus dissociatifs et peu de réponses positives au traitement (Follette & al, 1991; Herman & Schatzow, 1984) ainsi qu'une forte proportion de ruptures thérapeutiques et des niveaux d'anxiété élevés (Dye & Roth, 1991; Goodman & Nowak-Scibelli, 1985). A ce tableau Korn et Leeds (2002) ajoutent une tendance suicidaire chronique et des niveaux élevés de détresse avant le traitement des traumatismes.

Ces patients sont décrits avec une comorbidité importante, incluant des états dépressifs majeurs, des troubles de l'humeur, des états suicidaires, une auto-agressivité importante, des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaire, des somatisations, des abus de substances (Boon & Draijer, 1993; Coons et coll., 1988; Dell, 2001; Ellason, Ross, & Fuchs, 1996; Rodewald et coll., 2011), et des troubles de personnalité (Coons et al., 1988; Dell, 1998; Ellason et al., 1996). A cette description déjà complexe s'ajoutent pour tous les patients ayant vécu des maltraitances infantiles des troubles de l'attachement, un sentiment inadéquat de Soi, des schèmes cognitifs altérés et une difficulté à réguler ses affects et à contrôler son impulsion (Demos, 1988; Liotti, 1992; Schore, 1994,

1997; Teicher & al, 1997; Young, 1994). Le défi que la souffrance de ces patients pose au thérapeute est donc de taille. Installer une relation thérapeutique dans laquelle la personne se sent suffisamment en sécurité, où elle peut se mettre au travail dans de bonnes conditions, semble déjà en soi constituer un objectif thérapeutique de taille, qui est rarement explicité comme tel.

La question qui se pose alors est celle de savoir comment construire une stabilisation solide, pas à pas, qui permette au patient et à son thérapeute d'avancer dans de bonnes conditions de travail ? Nous tenterons d'y apporter un début de réponse, en nous basant sur notre pratique clinique. Même si ces quelques pages ne pourront être exhaustives, nous renvoyons le lecteur intéressé vers l'ouvrage de Suzette Boon et ses collègues (2011/2014) pour approfondir cette question de la stabilisation des patients dissociatifs.

## 2. Trois besoins fondamentaux pour se stabiliser

Quel que soit le degré de traumatisation et sa chronicité, trois besoins fondamentaux jalonnent la démarche de stabilisation : se sentir en sécurité, s'engager dans une relation d'attachement sécuritaire et pouvoir se projeter dans le futur et avoir de l'espoir. Nous retrouvons ici une partie des critères décrits par Hobfoll et ses collègues (2007). Moins la traumatisation est envahissante, plus ces trois besoins sont satisfaits facilement. Plus la souffrance due au trauma est importante et a touché des personnes sensées prendre soin dans une situation de dépendance, p.ex. dans l'enfance, plus le fait même se s'engager dans une nouvelle relation d'attachement est problématique. Et plus les personnes se sont installées dans une chronicité, plus leurs capacités à se projeter dans l'avenir sont limitées. La démarche de stabilisation se construit donc pas à pas.

### 2.1. Le sentiment de sécurité

La tâche de tout thérapeute est de faire en sorte que son patient se sente en sécurité dans un environnement sécuritaire. Les survivants de trauma complexes ont fait l'expérience que leur intégrité n'est pas sauve. Ils peuvent rester dans un état d'hypervigilance, se méfiant de tout bruit extérieur, ne pas supporter le bruit de l'horloge, avec une impossibilité à se détendre ou à ressentir leurs corps.

La première attention que nous portons lorsque nous rencontrons des personnes en psychotraumatologie, est portée sur le corps en vue de l'apaiser. Nous avons besoin d'une ligne de base d'un corps détendu si nous voulons aborder plus tard des contenus que nous savons éprouvants. Pour apaiser le corps, le thérapeute va proposer des exercices corporels qu'il va faire avec le patient. Ceux-ci consistent à ancrer le corps dans l'espace dans l'ici et maintenant et à orienter l'attention dans le lieu et le temps présent. Le but est d'amener la conscience dans le corps et dans cet espace sécuritaire.

Concrètement, ces exercices nécessitent une interruption du discours sur le contenu, pour se centrer uniquement sur le corps dans l'ici et maintenant. Si une personne est en hyperactivation, les exercices corporels sont destinés à diriger la tension ressentie vers un support neutre, p.ex. pousser un mur, faire des exercices d'étirement ou faire des passes d'un objet mou. Si un patient passe en hypoactivation, il est important de stimuler les muscles du corps et ramener la conscience dans le temps présent. Cette ligne de base d'un corps calme et présent peut nécessiter plus ou moins de temps en fonction de l'état d'instabilité et de fragilité du patient, mais cela constitue une condition pour avancer. Une personne dans sa fenêtre de tolérance (Siegel, 1999 ; Ogden & Minton, 2000) va être capable de penser, d'apprendre et d'évaluer si elle se sent suffisamment en sécurité dans ce lieu avec ce thérapeute pour s'engager dans un travail.

Pour réussir cet aspect de la stabilisation, il est important que le corps du thérapeute soit physiologiquement calme et posé, ceci afin d'éviter d'envoyer un double message à son patient qui consisterait à vouloir l'apaiser tout en étant soi-même activé. Nous ne sommes pas tous égaux devant cette capacité à garder notre sang froid tout en restant en lien avec un patient qui panique ou qui s'absente. Néanmoins, la stabilité physiologique peut s'acquérir, par exemple, en s'entraînant à des exercices de respiration en faisant de la cohérence cardiaque, du Yoga ou d'autres techniques du même ordre. Ramener un patient qui panique ou qui s'absente dans sa fenêtre de tolérance peut être un défi pour le thérapeute, surtout si ce dernier se rend compte que l'exercice choisi ne marche pas. Nous invitons le professionnel à continuer à essayer les exercices d'ancrage et d'orientation en les variant, à s'apaiser lui-même en lien avec le patient, à continuer à respirer tout en invitant le patient à faire de

même et en l'accompagnant, à boire une gorgée d'eau et en offrant à boire, c'est à dire à ne pas lâcher son patient, jusqu'à ce que ce dernier soit à nouveau présent, le corps apaisé.

Une émotion qui constitue une exception est la colère. L'émergence de celle-ci nécessite d'abord la reconnaissance et le questionnement sur ses bonnes raisons, ce qui en soi produit un effet apaisant. Vouloir apaiser une personne en faisant l'économie de ce questionnement serait contreproductif.

Le sentiment de sécurité peut être évalué par le patient. Une fois que son corps est apaisé et la conscience en lien avec celui-ci, nous posons une question d'échelle : « *sur une échelle entre 1 qui signifie je ne suis pas en sécurité et 10 qui signifie je me sens complètement en sécurité ici avec le thérapeute, où vous situez-vous ?* » Plus le patient donne une réponse à valeur basse à cette question (p.ex. 2,5), plus il est en train de faire un effort considérable pour être là avec le thérapeute dans ce bureau, et cela mérite d'être reconnu. Ensuite, le thérapeute peut explorer ce qui fait que le patient est à cette valeur et non à 1, ce qui leur donnera accès à ce qui est déjà acquis. Faire grimper le patient sur cette échelle est la tâche du thérapeute : « *y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour que ce soit plus confortable pour vous ?* » Ce questionnement a le mérite de mettre le patient dans une position d'expert et lui signale de la part du thérapeute que ce dernier est prêt à faire tout ce qui est possible pour favoriser cette dimension si importante qu'est la sécurité.

Ces exercices corporels faits avec l'aide du thérapeute se referont à chaque fois que le patient en aura besoin, c'est à dire à chaque fois que son corps manifeste un état de tension ou une distanciation dans la relation avec le thérapeute. Une fois le corps ainsi stabilisé, le patient peut apprendre des techniques qui lui conviennent et s'exercer entre les séances afin d'augmenter le contrôle des réactions intempestives de son corps. Pour certains patients dissociatifs, cela peut prendre du temps, avant qu'ils soient en mesure de s'exercer seuls. Tant que cela n'est pas acquis, nous incluons des exercices corporels dans nos séances thérapeutiques.

A ce sentiment de sécurité dans le bureau du thérapeute s'ajoute l'évaluation et la discussion d'un degré de sécurité suffisant dans l'environnement de la personne. Nous y reviendrons.

## **2.2. Construire un lien d'attachement sécuritaire avec le thérapeute**

Chez des patients souffrant de trauma complexes, nous pouvons faire l'hypothèse que les troubles d'attachement sont toujours présents, quelle que soient la forme qu'ils prennent. Plus la dissociation est marquée, plus nous pensons à un attachement désorganisé où se présentent à la fois la phobie de s'attacher et en même temps la panique de perte de l'attachement avec le thérapeute (Van der Hart et al. 2006/2010). Néanmoins, et quel que soit le degré des troubles du lien, nous partons du principe que tant que la personne est vivante, sa capacité d'entrer en contact demeure intacte. Ce sera au thérapeute de permettre de suffisamment bonnes conditions pour que se crée un lien d'attachement sécuritaire. Cela suppose que le thérapeute fasse preuve de calme pour être contenant, prédictible et constant. Un thérapeute calme sera en capacité d'observer le patient tout en maintenant le lien avec lui. Il sera capable de repérer les moments de discordance entre le discours et la réponse corporelle du patient et inviter ce dernier à faire des exercices pour apaiser son corps, et amener le patient à explorer ce qui se passe, calmement. Un thérapeute calme sera également plus en capacité de rester en empathie avec le patient et de réfléchir à ses interventions thérapeutiques, même si ce dernier montre des attitudes et des réponses peu adaptatives. Construire un lien d'attachement sécuritaire prend du temps. Cela suppose la capacité de ressentir et partager des émotions sans que cela ne déborde (Delage, 2007) et nécessite une capacité à se projeter dans l'avenir de ce lien.

Plus les troubles dissociatifs sont importants, plus se sont formés des réseaux neuronaux sous-corticaux, c'est à dire non-réfléchis, comportant des aspects psychobiologiques et sociaux différenciés et séparés les uns des autres. Ainsi les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) conceptualisent d'après Myers (1940) dans la plupart des cas une partie de la personnalité apparemment normale et plusieurs parties émotionnelles de la personnalité. Cette métaphore semble très aidante pour penser l'apparente contradiction que montrent ces patients qui soudainement réagissent de manière incongrue, semblent absents, ont des difficultés à répondre aux questions, ou bien deviennent imprévisibles, montrant tout d'un coup de fortes émotions, s'agressent eux-mêmes, deviennent suicidaires, puis disent aller mieux, sans pouvoir comprendre comment concrètement. Les thérapeutes connaissent ces patients qui ont fait l'objet de diagnostics différents et parfois contradictoires, qui semblent donner le change en entretien, puis qui

rapportent une déstabilisation importante entre les séances. Ces auteurs attirent notre attention sur le fait que la partie apparemment normale a pour but la survie de l'espèce : gérer le quotidien, fonder une famille, prendre soin des petits, être fonctionnel au travail et donner le change dans les relations, de manière désaffectivée. Cela suppose une distanciation par rapport au vécu du passé, surtout s'il est traumatique, ce qui peut aller jusqu'à une amnésie complète, rendant impossible la réalisation de ce qui s'est passé. Les parties émotionnelles de la personnalité apparaissent comme étant fixées au moment du trauma, contenant non seulement tous les aspects de celui-ci, mais aussi les stratégies de survie individuelle en cas de menaces : la fuite, la lutte, la soumission, faire le mort. Souvent ces réseaux neuronaux n'ont pas accès aux ressources ni à la vie après le trauma, ce qui provoque, lorsqu'ils sont activés, d'importants ressentis de désespoir et d'impuissance.

Dès lors, créer un lien constructif avec un thérapeute dans un endroit sécurisé permettant l'exploration prudente et progressive de ces mouvements prend tout son sens, de même qu'un thérapeute attentif à de bonnes conditions de travail pour son patient et pour lui-même. Brewin et ses collègues (Brewin, Andrews et Valentine, 2000) nous indiquent à travers leur méta-analyse, que le manque de soutien social adéquat après un événement terrifiant fait partie des facteurs qui aggravent la réaction post-traumatique et le recours à la dissociation. Plus les troubles dissociatifs sont importants et envahissants, plus la création et le maintien d'un lien d'attachement sécurisé va être crucial et fonctionnera comme un élément de soin à part entière. Dans le décours de sa thérapie, le patient va être amené à entrer en lien avec son monde intérieur, dépasser ses phobies et son hostilité à l'égard de celui-ci, pour créer des liens constructifs permettant le partage de contenus, d'abord positifs, puis traumatiques. Cette démarche nécessite du temps et de l'énergie.

Outre le lien thérapeutique et les liens internes qui vont être établis, il va être important d'estimer le degré de stabilité sur le plan relationnel, c'est à dire les liens que le patient entretient avec les personnes de son environnement. Nous y reviendrons.

### **2.3. Avoir de l'espoir et une perspective d'avenir**

La capacité de se projeter dans l'avenir va permettre de se donner des objectifs concrets et donnera du sens au travail thérapeutique, même si celui-ci implique des passages peu confortables. Une fois que la personne en thérapie se sent suffisamment en sécurité et a trouvé un interlocuteur qu'elle sent à la hauteur de la tâche, elle pourra se permettre de toucher l'espoir de s'affranchir des événements douloureux du passé. La capacité de formuler une demande et des objectifs clairs et réalistes est un critère de stabilité a priori. Pour les patients traumatisés mais bien fonctionnels, cette démarche peut être facilement accessible. Pour ceux qui se retrouvent en thérapie à l'issue d'une crise majeure, où l'objectif premier est de leur permettre de se restabiliser, cette démarche peut prendre du temps.

Il nous paraît important d'insister sur le fait que lorsqu'il y a des troubles dissociatifs, les patients, lorsqu'ils touchent ces réseaux auparavant évités, peuvent faire l'expérience d'intenses sentiments d'impuissance et de désespoir. Les réseaux traumatiques, fonctionnant comme des parties émotionnelles de la personnalité, peuvent ne pas avoir de connaissances du temps après le trauma. Cela inclut l'ignorance que nous sommes à la date d'aujourd'hui, tout comme le fait qu'actuellement le patient ne vit plus dans ce contexte de dépendance où il est maltraité. Les parties émotionnelles ignorent en général les bons souvenirs, les activités où la partie de la personnalité qui gère le quotidien est fonctionnelle. Ainsi il a été important pour Marie, 40 ans, de montrer à la petite fille de 6 ans qui émergeait, le moment où elle joue aux cartes avec son mari et ses fils le dimanche après midi, ce qui a d'abord provoqué une grande surprise chez la petite fille, puis un partage du plaisir ressenti. De la même manière, lorsque Anne, 36 ans, a pu montrer à un mouvement plus jeune, l'obtention de son permis de conduire, puis la réussite à ses examens universitaires, elle a été stupéfaite de constater qu'une partie d'elle pouvait ignorer ces événements, et constater que par la suite, elle gagnait en énergie disponible au quotidien.

Avoir de l'espoir n'est pas de l'ordre de la pensée magique. Même si nous pouvons dire qu'avec les méthodologies thérapeutiques que nous avons aujourd'hui, il est possible de s'affranchir de tout traumatisme, quelle que soit son ancienneté et son envergure, il est nécessaire aussi d'avoir une idée des moyens réalistes pour y arriver : que cela prendra du temps, qu'il faut y consacrer de l'énergie, se mettre au travail, et que l'aboutissement sera une vie « normale », c'est à dire plus confortable, plus tranquille, avec des relations bienveillantes, des activités ressourçantes.

Ce sera au thérapeute de ponctuer le cheminement du patient par des bilans réguliers, où ce dernier pourra faire le point sur ses avancées, l'adéquation par rapport à ses objectifs, ou alors en formuler de nouveaux. L'aide du thérapeute est nécessaire pour explorer «à la loupe» les changements que le patient a pu mettre en œuvre, avec le but de renforcer la conscience qu'il a de ses ressources, et la mise en œuvre volontaire de celles-ci dans le futur.

### **3. Le recueil d'histoire chez les patients dissociatifs**

Explorer l'histoire du patient, recueillir l'anamnèse de ses troubles fait partie des conditions nécessaires pour bien planifier le traitement. Les survivants de traumatismes complexes et chroniques ont plus de difficultés à se raconter, à répondre aux questions, et ce pour différentes raisons. Des zones d'amnésie ne leur permettent pas l'accès à des données biographiques pertinentes et rendent difficile le partage d'information qui pourrait renseigner le thérapeute. D'autre part, les contenus traumatiques ne sont souvent pas accessibles par le discours : ils existent sous forme fragmentée, corporelle, et suscitent des réactions de survie, rendant compliqué le travail de réflexion et d'élaboration. Par ailleurs, ces patients portent le plus souvent d'importants mouvements de honte qui les poussent à ne pas divulguer des éléments de leur biographie, par crainte d'être jugé ou abandonné par le thérapeute. Ces personnes ont tellement pris l'habitude de donner le change, de cacher leur désarroi pour ne pas avoir à le réaliser, qu'elles continuent à le faire avec le thérapeute tout comme avec toute autre personne qui pourrait leur porter de l'intérêt. De plus, la crainte de devenir fou ou d'être pris pour fou, doublée d'une importante mésestime d'eux-mêmes les pousse à taire leurs dysfonctionnements, qui par ailleurs sont devenus tellement familiers qu'ils peuvent ne plus être vus comme tels par le patient et sa famille. C'est d'ailleurs fréquemment suite à un changement de partenaire, ou d'environnement de travail ou au décours d'un événement marquant ou d'une crise que la prise de rendez-vous se fait, à la fois avec l'espoir d'être entendu, mais aussi avec un passé d'échecs thérapeutiques poussant au mieux à de l'ambivalence. Une proportion non négligeable des survivants entend des voix, et parmi elles des voix qui intiment de ne rien dire, des échos de menaces de la part des agresseurs de l'époque et qui sont ressentis comme encore actuels. Tous ces éléments n'aident pas les patients à se confier. Ils le font alors par demi-mots, par des écrits, des messages sous forme de fragments, des réponses corporelles comme des douleurs ou d'autres sensations désagréables.

Ainsi, le thérapeute averti devra porter une attention toute particulière aux ruptures de discours, des changements de sujet, des moments de fatigue ou de distanciation du patient, qui se font le plus souvent en creux, par des silences, que de manière ostentatoire. Cependant il peut aussi y avoir des mouvements de fuite, des émergences émotionnelles fortes, à la surprise autant du patient que du thérapeute, qu'il sera nécessaire de mettre en mots dans un second temps.

Ce n'est qu'au fil des rencontres, lorsque le patient commence à faire confiance au thérapeute, qu'il lui livre tel ou tel élément de son passé, de sa famille, amenant ce dernier à reconsidérer son plan de travail, sans parler des réseaux traumatiques non connus qui émergent lors de la phase de confrontation. Ainsi l'histoire se modifie sans cesse, amenant le thérapeute à adapter la prise en charge pour que celle-ci soit adaptée au patient et à son état actuel.

#### **3.1. Les ressources de survie : une dimension essentielle chez les survivants**

Nous avons pris l'habitude d'écouter ce que les patients nous amènent et d'attendre les informations qu'ils nous livrent pour compléter leur anamnèse. Nous savons qu'ils ont vécu des événements traumatisants, dont nous ne connaissons peut-être jamais l'étendue. Cependant, lorsque les patients nous rapportent des situations adverses, des vécus difficiles, nous explorons avant tout la dimension de survie. Plutôt que de questionner le contenu de l'expérience difficile, nous commençons par en questionner l'après : « qu'avez-vous fait après cet événement ? » ; « comment avez-vous fait pour vous relever ? », « ... vous occuper de vos enfants ? », « ... retourner au travail ? » pour ceux qui ont réussi cela. Si des personnes nous rapportent une enfance difficile, des maltraitances, même s'ils ne nous les disent pas toutes, nous questionnons : « Comment avez-vous réussi, malgré ce qui s'est passé, à grandir quand même ? », « ... à aller à l'école ? », « ... à apprendre votre métier ? », « ... à avoir des amis ? ». « Comment avez-vous fait pour avoir le courage de fonder une famille ? », « ... de vous mettre en couple ? » La réponse la plus fréquente à ces questions est : « Je ne sais pas », suivie d'un silence qui a des chances d'être réfléchi, si le thérapeute prend la peine d'attendre avec une attitude posée et intéressée. Cela permet de signaler analogiquement au patient qu'il a déjà fait toute

une série de choses essentielles. Outre l'effet stabilisant de cette exploration, qui transforme un survivant qui se cache en héros de survie, cela permet au thérapeute de mieux évaluer quelles ont été les stratégies qui ont permis au patient de fonder la part ressource de son fonctionnement actuel, même si ce dernier pose problème. C'est ainsi que de nombreux patients souffrant de troubles dissociatifs rapportent qu'ils lisaient beaucoup, qu'ils se sont réfugiés dans les livres et dans leur imaginaire, que l'école était le seul lieu prédictible, qu'ils ont remarqué que dans la maison de leurs amis, les choses de passaient différemment de chez eux. C'est ici que cette acuité particulière pour déceler des prises de pouvoir et y réagir au quart de tour prend tout son sens, tout comme leur phobie de laisser une trace écrite, leur tendance au retrait, le fait de mettre leurs enfants à l'avant plan, la difficulté à ressentir les émotions tout en privilégiant la dimension intellectuelle, ...

Pour les personnes qui rapportent se trouver dans des relations non constructives dans l'actualité, ou qui font état de longues années d'une relation avec quelqu'un de maltraitant, nous posons des questions « de résistance » (Wade, 1997) : « Qu'avez-vous fait pour pouvoir résister au quotidien ? », « Comment avez-vous fait pour tenir aussi longtemps ? ». Nous partons du principe que si les personnes ont passé du temps dans une relation abusive, ils ont trouvé le moyen de résister. Notre exploration a pour but de trouver comment, et de dresser une liste des ressources de survie, qui font partie du noyau de résistance du patient, et qui va aussi expliquer son attitude particulière en thérapie. Une autre hypothèse qui nous est chère est de penser que plus la liste des traumatismes est longue et sordide, plus les ressources de survie sont importantes, quoiqu'implicites. C'est au thérapeute de les ramener à la conscience au travers de son questionnement. C'est au fur et à mesure que les patients se redressent, qu'ils nous racontent par quoi ils sont passés.

Lorsque des contenus difficile sont révélés, il est utile, en fin de séance, de mettre en place un contenant. Ce procédé, développé en Hypnothérapie par Richard Kluft (1998), consiste à mettre toute mémoire traumatique du passé, tout contenu difficile du présent et toute peur éventuelle du futur dans un contenant imaginé concrètement. Cet exercice fait alliance avec la tendance à l'évitement de la personne, et permet de lui laisser la décision du moment d'exposition tout en lui donnant l'assurance que les choses évolueront à son rythme. Le patient apprend ainsi à « mettre de côté » ce qui peut surgir de manière impromptue, ce qui contribue à sécuriser le travail d'exposition plus tard. Néanmoins, avec les patients dissociatifs, il sera nécessaire, au delà du fait de mettre les contenus qui ne peuvent pas encore être abordés dans le contenant, d'explorer les mouvements internes, de comprendre le bien fondé de leur existence et d'apprendre à en tenir compte de manière constructive.

### **3.2. Etablir un cadre de travail suffisamment sécurisant**

Tout engagement thérapeutique nécessite la négociation d'un cadre clair, prédictible et contenant, qui permettra un travail en toute sécurité. Même si certaines thérapies avec des patients dissociatifs commencent dans une logique à bas seuil, c'est à dire qu'ils ne peuvent pas prévoir plus d'un rendez-vous à la fois, une absence de demande, avec un langage corporel qui nécessite des techniques d'apaisement à chaque séance, un discours peu construit, le patient revient néanmoins. Sur cette base, au bout d'un certain temps, il est utile de discuter de bonnes conditions de travail. C'est ainsi que si une personne a déjà fait des tentatives de suicide par le passé, que nous discutons d'un plan de crise : « S'il vous arrivait à nouveau de vous sentir si mal au point où ces idées suicidaires reviennent ... » où nous négocions avec le patient une hospitalisation, le fait de ne pas être seul, le travail de concert avec un médecin psychiatre, un support médicamenteux. Par ce biais le thérapeute signale entre autres qu'il n'est pas tout puissant, que des crises peuvent survenir, notamment au décours de périodes anniversaire, de ruptures amoureuses, ou du décès d'un proche. Cette discussion est aussi l'occasion de regarder de manière réaliste les crises possibles dans la vie du patient. Lorsqu'elle se produira, la crise sera plus facile à gérer, car il existe un accord préalablement construit, et tout ne sera pas à inventer.

C'est aussi à cette occasion que nous explorons l'environnement du patient et les relations de celui-ci avec les personnes qu'il rencontre au quotidien, ainsi que sa famille d'origine. Cela nous permet d'évaluer le cheminement d'individuation ou au contraire l'enchevêtrement et les relations d'emprise qui existent encore dans l'actualité. Ce sera l'occasion de discuter de stratégies de protection, de l'éventualité de porter plainte, et comment, afin de sécuriser le contexte du patient.

#### 4. Le moment du diagnostic

L'évaluation de l'étendue des troubles dissociatifs fait partie intégrante de la stabilisation. Cela consiste à mettre des mots sur un fonctionnement qui auparavant avait reçu l'étiquette « peu abordable », « ambivalent », « dépendant », « imprévisible », « incompréhensible », « malhonnête », « versatile » pour n'en citer que quelques unes. Etant donné une co-morbidité importante, ces patients reçoivent souvent plusieurs diagnostics : dépression, addictions, troubles de personnalité, psychose, trouble bi-polaire. Il arrive encore trop souvent que l'étiologie post-traumatique ne soit pas pensée, ni mise en lien avec les symptômes actuels. Dans ce cadre, la méfiance du survivant ayant eu recours au fonctionnement dissociatif est tout à fait adaptée, même si cela ne l'aide pas à aller mieux. Il est utile dès lors, de mettre des mots sur le fonctionnement dissociatif comme un réflexe de survie massif, qui a été nécessaire à un moment donné, même si pour l'instant ni le patient, ni le thérapeute ne connaissent le contenu précis de ces bonnes raisons. La théorie de la dissociation de la personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) a le mérite d'avoir été validée par les patients. Elle permet d'illustrer les différents symptômes, décrire la compartementalisation de l'expérience, de comprendre les zones d'amnésie et de tenir compte des mouvements internes et involontaires.

Les troubles dissociatifs sont répertoriés dans les deux systèmes de classification majeurs : le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, actuellement dans sa cinquième édition (DSM-V, APA, 2013) et la Classification Internationale des Maladies et des problèmes connexes (CIM-10, OMS, 1992). Il existe un certain nombre d'échelles de dépistage et d'outils diagnostiques pour évaluer l'ampleur de la dissociation. Un outil de dépistage fréquemment utilisé est le Dissociative Experience Scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986) dont il existe une traduction en français sous le nom d'Echelle des Expériences Dissociatives (EED). Ce questionnaire contient 28 items dont 8 se rapportent à la dissociation structurelle (DES-Taxon, Waller, Putnam & Carlson, 1996). Cet outil mériterait d'être mis à jour avec les connaissances actuelles. Il existe un outil de dépistage plus récent de Vanderlinden (Vanderlinden et al. 1993) le Dissociation Questionnaire (DIS-Q) qui a de bonnes valeurs psychométriques et dont il existe également une version traduite en français. A ces outils de dépistage il est important d'ajouter une évaluation des symptômes somatoformes de la dissociation pour lesquels il existe le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20, Nijenhuis et al. 1996) avec une version abrégée, le SDQ-5 (Nijenhuis et al. 1997).

Même si les questionnaires de dépistage peuvent être utiles, ils ne remplacent pas de réels instruments d'évaluation qui se font dans le cadre d'entretiens, où tant les réponses aux questions que les réactions du patient sont prises en compte. La référence actuellement est le Structured Clinical Interview of the DSM-IV-TR Dissociative Disorders (SCID-D-Revised, Steinberg, 1995, 2000). La passation et son dépouillement nécessitent une formation spécifique de l'évaluateur et de l'entraînement. Comme outil de diagnostic auto-administré il existe également le Multidimensional Inventory of Dissociation (MID, Dell, 2002, 2006). Quel que soit l'instrument diagnostique utilisé, ceux-ci ne questionnent pas la dimension somatoforme des symptômes dissociatifs, qui ont leur importance. Il est donc nécessaire de ne pas faire l'économie du SDQ-20 (Nijenhuis et al. 1996) lors de la démarche d'évaluation.

Pour le clinicien, ces outils sont d'une grande aide, notamment pour guider son observation du patient et la compréhension des phénomènes constatés. La démarche de diagnostic à l'aide des outils spécifiques peut être déstabilisante dans la mesure où des questions très spécifiques sont posées au patient. Celles-ci peuvent fonctionner comme des déclencheurs. En ce sens il est utile que l'évaluation avec des instruments validés se fasse par une autre personne que le clinicien en charge de la thérapie, dans le but de ne pas avoir d'effets néfastes sur la relation thérapeutique.

Le clinicien expérimenté s'orientera davantage aux réactions spécifiques du patient lors de l'établissement de la relation thérapeutique, pendant l'apprentissage des exercices de stabilisation ou si un déclencheur involontaire sous forme d'un mot, un propos tenu par le thérapeute, d'un bruit inhabituel, ou d'une modification de l'aspect ou du pourtour du bureau provoquent des réactions aussi inattendues qu'intempestives. Ainsi, des travaux dans l'immeuble ayant occasionné un trou dans le mur jouxtant la porte d'entrée du cabinet, car un compteur d'électricité devait être remplacé. Cet aspect et les bruits inhabituels provoqués par les travailleurs dans la cage d'escalier ont suffi à déstabiliser Sandrine, une patiente adulte souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité, de manière telle, que la séance a dû être consacrée à apaiser son corps et la ramener dans le temps présent, où elle a pu constater avec l'aide du thérapeute qu'il n'y avait pas de danger. Un autre jour plus tôt dans la

thérapie, la thérapeute avait dit le mot « subir », ce qui avait provoqué chez Sandrine un réflexe de fuite immédiat, et une négociation pour revenir à la séance suivante. Les déclencheurs sont par nature imprévisibles la première fois. C'est au thérapeute de reprendre l'élaboration à leur sujet dès la prochaine occasion et de les éviter autant que possible tant que le patient ne s'est pas encore affranchi des traumatismes en lien avec ceux-ci.

## 5. Les critères d'une stabilité suffisante

Une stabilité réussie permettra de passer à la prochaine phase du travail en psychotraumatologie : celle où seront abordés les traumatismes. Un patient bien stabilisé peut dans un premier temps vouloir faire l'économie de cette étape. L'argument majeur qui est avancé est : « je ne me suis jamais senti aussi bien, je voudrais en profiter ». Les symptômes se réduisent et deviennent supportables, le patient est capable de s'apaiser et de se concentrer sur des activités qui lui font du bien. On pourrait même imaginer que la seule stabilisation suffit pour s'affranchir des troubles dissociatifs. Nous ne le pensons pas. Une personne qui s'est affranchie de ses traumatismes est mieux armée pour affronter des situations de même nature et d'autres à venir. Les déclencheurs sont neutralisés, et la personne est capable de prévention. Un patient uniquement stabilisé, sans avoir abordé les traumatismes, risquera de reproduire les mêmes symptômes en cas de crise. Il restera sensible face aux déclencheurs, et aura construit sa vie dans l'évitement de ceux-ci pour avoir une tranquillité qui ne sera que relative. Cependant il serait faux de dire que rien n'a changé dans la vie de la personne : p.ex : la dépression et les troubles du sommeil sont sous contrôle, les dérapages addictifs s'espacent et les patients ont souvent largement assaini les relations avec leurs proches. Nous proposons de différencier trois dimensions de stabilité chez les patients dissociatifs : la stabilité sur le plan individuel, celle concernant les relations avec les personnes de l'environnement et la relation du patient avec lui-même, c'est à dire ses mouvements dissociatifs internes.

### 5.1. La stabilité sur le plan individuel

Si nous considérons le patient dans un dispositif de thérapie individuelle, nous considérons celui-ci comme stabilisé si son corps est calme et apaisable, et s'il se sent suffisamment en sécurité. Sur l'échelle de sécurité préalablement décrite, nous considérons le patient comme instable tant qu'il se situe en dessous de la valeur 5, et suffisamment stable à partir d'une réponse au delà de la valeur 7. Les scores sur cette échelle n'ont pas de valeur intrinsèque. Ces scores-seuil, qui mériteraient d'être validés par la recherche, sont ceux que nous avons observés dans notre pratique avec de nombreux patients. Une personne qui se sent suffisamment en sécurité, sera en mesure de demander de l'aide (Dellucci, 2014).

Le patient aura appris également à mettre de côté ce qui ne peut être abordé tout de suite, et connaîtra et sera capable d'appliquer efficacement des exercices de stabilisation, comme de la relaxation, de la cohérence cardiaque, de l'auto-hypnose, de la pleine conscience, ... . Pour ce faire, il est nécessaire que le patient se mette au travail et puisse se projeter dans l'avenir.

Pour pouvoir aborder les réseaux neuronaux traumatiques, il sera nécessaire de disposer de suffisamment de ressources et ce pour plusieurs raisons. Les vécus positifs et ressourçants suscitent chez le patient une expérience corporelle agréable, qui pourra servir de référence pour s'apaiser. Pour aborder efficacement des expériences négatives, il sera utile que le patient puisse s'appuyer sur des apprentissages qui lui permettront d'aller au delà du vécu traumatique. Nous veillons donc à compléter l'anamnèse de suffisamment de bons souvenirs, de personnes étayantes dans le passé et le présent et d'activités agréables, et de mettre ces dernières en lien avec les choix existentiels du patient (Isebaert, Cabié & Dellucci, 2015). Prendre le temps de bien connaître la personne dans cette dimension positive constituera, outre l'effet stabilisant, autant d'expériences qui feront contraste aux événements difficiles.

Un exercice de stabilisation utile concerne la création et l'installation de réseaux neuronaux exclusivement positifs en utilisant des stimulations bilatérales alternées. Il s'agit d'une pratique provenant de l'Hypnose appelée « lieu sûr » ou « lieu tranquille » (Korn & Johnson 1983 ; Brown & Fromm, 1986). En combinant cet exercice avec des stimulations bilatérales alternées (N.Daniels (1991), cité par Leeds, 2009), nous contribuons à ce que se construise chez la personne, un réseau neuronal positif, c'est à dire sans lien avec des mémoires provenant d'expériences négatives. Cet exercice, une fois réussi, permet à la personne de s'apaiser rapidement, avec la possibilité de s'extraire



de l'ici et maintenant, pour mentalement aller s'apaiser ailleurs. L'installation du lieu sûr peut être bien sur combinée avec un exercice d'apaisement, des exercices d'ancrage et de respiration, chez des personnes se montrant plus instables et facilement envahies par des intrusions. La particularité de cet exercice est que nous avons besoin de l'adhésion de la personne.

En dehors des exercices amenés par le thérapeute, il convient également de faire avec la personne l'inventaire « de ce qui marche, quand ça ne va pas » (Dolan, 1991), en rendant conscientes et accessibles des ressources très personnelles, souvent restées implicites, même si mises en œuvre pendant des moments de crise.

Outre la capacité à s'apaiser soi-même efficacement, Arne Hofmann propose deux autres critères de stabilisation individuelle : le patient sera en mesure de gérer les tâches de la vie quotidienne et d'évoquer son expérience traumatique en restant à distance, c'est à dire sans être débordé (Hofmann, 2006). Il va de soi que l'anamnèse se complètera au fur et à mesure d'une stabilisation réussie. Le patient sera motivé pour avancer, et se sera affranchi de peurs bloquantes qui pourraient lui faire choisir ses vieilles habitudes d'évitement. Au contraire, il aidera à l'observation des changements au quotidien et ira lui-même étendre son territoire aux déclencheurs auparavant évités, une pratique qui invite à la confrontation traumatique pour s'affranchir des mémoires du passé.

## 5.2. La stabilité sur le plan relationnel

La stabilité sur le plan individuel ne suffit pas. Le patient vit en général dans un environnement peuplé de personnes, dans son lieu de vie, au travail, et ceux rencontrés dans la vie quotidienne. Il vient d'une famille, à laquelle il est attaché, où il a une place particulière, où il y a eu et où existent encore des influences particulières et des loyautés sous forme de ressources et/ou de blessures. Parmi les êtres significatifs de l'environnement, nous comptons aussi les animaux de compagnie, qui ont un potentiel non négligeable de stabilisation sur le patient.

En raison de la primauté de l'attachement, cette dimension du lien est essentielle pour la stabilité du patient. Quelles sont les personnes sur lesquelles il a pu s'appuyer, avec lesquels la relation est satisfaisante ? Quels sont les deuils non encore faits, dont les effets risquent de surgir lors d'une période anniversaire ? Quels ont été les événements marquants de la famille, qui peuvent constituer autant de transmissions à la source de la problématique actuelle ?

Nous avons l'habitude d'explorer les liens autour de la personne ainsi que leur qualité. Nous ne limitons pas cette exploration aux seules personnes de la famille, mais nous ajoutons à ce tableau toute autre personne qui est ou a été une ressource pour le patient, y compris les animaux de compagnie.

Nos critères pour estimer la stabilité relationnelle des patients sont les suivants : être capable de créer des liens d'attachement sécurisés, prendre en compte ses besoins, mettre des limites efficaces, maintenir des relations constructives, être capable de reconnaître et de se protéger de relations abusives, être en mesure de s'appuyer sur autrui, demander de l'aide et l'accepter, être capable de vivre et de partager des émotions.

Il va de soi que ces critères décrivent l'absence d'une souffrance relationnelle que la majorité des survivants de trauma complexes n'ont pas. Néanmoins, le thérapeute aura pour tâche d'accompagner le patient dans la prise en compte de ses besoins, l'élaboration de stratégies pour se protéger des relations abusives sans blesser le lien de loyauté, et de combler les lacunes de développement mises à jour.

Un certain nombre de personnes traumatisées sont encore en lien avec leurs agresseurs, et sont impliquées dans une relation d'emprise au sein de laquelle il leur paraît difficile de prendre en compte leurs besoins, faire savoir ce qui ne leur convient pas. Ce sont des relations où la peur du pire, les dérapages violents et le fait de prendre sur soi font légion. Il arrive souvent que des personnes souffrant de troubles dissociatifs se maltraitent, dans le but d'apaiser l'autre. Au fil du temps cela deviendra une habitude dont il est souvent difficile de s'affranchir, tant elle stabilise les relations abusives et met à distance ceux avec lesquels la relation est constructive (Dellucci & Huntziker, 2016). Lorsque la personne est imbriquée dans des attachements nocifs, qui fonctionnent comme des liens forts et qui l'isolent des ressources de son environnement, surtout s'il y a une certaine chronicité, nous avons recours à l'utilisation de figures symboliques pour aider le patient à éprouver le contraste d'un lien constructif, et l'aider à apprendre ou à réapprendre à prendre en compte ses besoins (Dellucci & Bertrand, 2012). Au sein de relations abusives, renoncer à se négliger pour apaiser l'autre, et

commencer à bien se traiter peut contribuer à mettre en crise la relation, ce qui nécessite de la psychoéducation et un accompagnement.

Cet axe de stabilisation important nous fait aborder en premier lieu les blessures du lien, lors du travail sur les événements difficiles. Nous conseillons aux praticiens de commencer avec les liens les moins blessés, dans la mesure où si ceux-ci s'assainissent, ils augmenteront la base de sécurité relationnelle au delà du lien thérapeutique, ce qui permettra d'aborder les liens davantage problématiques. Une personne stabilisée sur le plan relationnel au delà de la stabilité individuelle s'affranchira de ses traumatismes plus facilement et plus rapidement.

## 5.2. La stabilité par rapport aux mouvements dissociatifs

Pour rester en vie, les survivants de traumatismes complexes et chroniques ont du mettre de côté une partie de leurs expériences, de leurs ressentis. Il arrive souvent que les enfants vivant dans des contextes de violences familiales, soient témoin ou l'objet d'agressions majeurs à certains moments de la part d'adultes sensés prendre soin d'eux, et doivent le reste du temps donner le change et vivre avec ces adultes dont ils dépendent. Pour ce faire, ils ont du avoir recours à des mécanismes dissociatifs pour se protéger, et ne pas basculer dans la folie, c'est à dire éviter au mieux de penser à ce qui est arrivé, développer une vigilance et une adaptabilité à l'égard du ou des agresseurs, apprendre à ne pas tenir compte de leurs besoins tout en faisant comme si ne rien était, comme si tout était normal.

Ces personnes ont évolué dans la vie en sentant bien qu'ils donnent le change, tout en évitant soigneusement de penser et de ressentir ce qui se passe à l'intérieur d'eux. Ils ont souvent intériorisé les propos toxiques et la négligence des adultes maltraitants et continuent ces agressions contre eux-mêmes et ce qu'ils perçoivent de leur monde intérieur. En même temps, ces patients, lorsqu'ils arrivent en thérapie, nourrissent le fol espoir que quelque chose ou quelqu'un puisse les aider, que les symptômes partent, que la vie soit plus légère, tout en portant une terrible peur de réaliser ce qui s'est passé. Tant qu'ils peuvent rester dans l'évitement, ils peuvent se dire qu'au fond ce n'est pas si grave, qu'ils ne sont pas les plus mal lotis, et poursuivre l'illusion que rien n'est arrivé, en se disant qu'ils se sont trompés. Cependant les symptômes invalidants sont là, les déclencheurs ne les laissent pas en paix et par moments des bribes de leur histoire leur reviennent, mêlés d'intenses sentiments d'impuissance et de désespoir.

Les personnes venues consulter n'affichent que rarement un diagnostic déjà établi. Ils viennent pour des attaques de panique ou des crises d'angoisse, parce qu'un changement de poste ou le départ d'un collègue les plonge dans une profonde dépression, parce qu'ils deviennent suicidaires, ou qu'ils sont hantés par des cauchemars répétitifs. Très souvent, les symptômes deviennent plus bruyants lorsque l'environnement n'est plus hostile, lorsqu'il y a des relations bienveillantes et que malgré tout le malaise persiste ou s'amplifie.

C'est en général lorsque s'établit une relation de confiance en thérapie que les mouvements dissociatifs émergent. Nous invitons tout clinicien à se former suffisamment pour faire face à ce moment particulier et pouvoir réagir adéquatement. Cela prend du temps et nécessite de l'entraînement, d'une part pour reconnaître ces incongruences entre ce que dit le patient et ce que montre son corps, d'autre part pour accompagner la personne à dépasser sa tendance à l'évitement et considérer son monde intérieur. C'est ainsi qu'il nous arrive régulièrement de questionner le patient sur ce qu'il ressent dans son corps, lorsque nous rencontrons une telle incohérence. S'il y a dissociation, cette invitation suscite phobie et hostilité chez le patient et il va chercher à éviter de répondre à la question du thérapeute : « Non, c'est rien », « c'est pas grave » et puis il passe à autre chose. C'est alors au thérapeute de ne pas se laisser éconduire, à se montrer curieux de ce qui se passe à l'intérieur du patient, tout en restant dans un lien bienveillant et sécurisant. Très vite, les patients montrent de la peur. Nous abordons celle-ci en premier, de manière fractionnée, c'est à dire en mettant tous les contenus traumatiques, quels qu'ils soient, dans le contenant. Si le corps du patient s'agite, nous revenons aux exercices d'ancrage, puis nous continuons l'exploration. Une fois les premiers mouvements phobiques dépassés, nous continuons à explorer, avec le patient, de quoi est fait ce mouvement intérieur, en veillant à rester près de sa formulation propre. C'est ainsi que certains parlent du « bébé », d'un « petit garçon » ou d'une « petite fille », de « l'ado », ou encore « du blocage dans le plexus », ou du « monstre intérieur » ou de « la voix dans la tête ». Nous en explorons les réactions ainsi que celles du patient, quel est l'âge ressenti pour ce mouvement, son aspect, où se trouve-t-il, est-ce qu'il sait que nous sommes à la date d'aujourd'hui et nous nommons la date et le lieu de la

consultation. En général le patient nous dit que le sentiment que nous explorons ignore la date d'aujourd'hui, et le lieu. Nous l'invitons à initier un dialogue intérieur où il informe le mouvement dissociatif et le réoriente dans le présent. Il s'agit donc de ne pas explorer la dimension traumatique dans un premier temps, même si nous la savons présente dès lors que la dissociation existe. Cette exploration continue, mêlée d'exercices de stabilisation pour apaiser le corps, jusqu'à ce que le patient puisse considérer ce mouvement comme le sien. Cela nécessite souvent un travail sur la dimension émotionnelle non traumatique, car nous savons que les patients dissociatifs ont une tolérance à l'affect amoindrie, au moins pour les émotions de honte, de peur, de panique de perte d'attachement et de colère.

A cette exploration s'ajoute une part de psychopédagogie visant à normaliser la réaction dissociative et les réactions de survie. Nous informons le patient que si ceux-ci existent, c'est qu'il doit y avoir de bonnes raisons, même si lui et le thérapeute en ignorent le contenu pour le moment. Nous avons aussi pour habitude de négocier avec le patient en recadrant ce mouvement évité comme serviable, pour avoir pris sur lui un contenu dont la personne a pu ne pas tenir compte pendant tout un temps.

Une fois qu'un lien a été établi entre partie de la personnalité apparemment normale (PAN) et partie émotionnelle (PE), si nous restons près de la formulation que propose la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010), le partage du contenu peut commencer. Etant donné l'amnésie de la PAN pour le contenu traumatique et sa tendance à l'évitement, ainsi que l'amnésie de la PE pour tout ce qui vient après le trauma, nous proposons de partager d'abord de bons souvenirs, des moments de réussite, des actions où l'adulte a pris soin de ses enfants, des activités stabilisatrices, des personnes étayantes, voire des figures symboliques. Souvent la PAN n'a pas idée que la PE n'a pas ces connaissances. Pour la PE il s'agit de découvertes qui endiguent l'ampleur des sentiments de désespoir, car il commence à y avoir une perspective d'avenir, un temps après le trauma. Nous veillons à choisir des souvenirs en contraste avec le trauma que nous supposons. Peggy Pace (2012/2014) a fait de cette pratique du partage une approche à part entière. Elle vise à renforcer le lien entre PAN et PE, à stabiliser le monde interne, avant d'aborder la phase suivante, celle qui consiste à se confronter aux souvenirs difficiles.

Cette démarche visant à créer des liens internes constructifs est à recommencer avec chaque partie dissociative. Néanmoins, d'une fois à l'autre, le patient, ayant déjà traversé ce processus, apprend à avoir moins peur de ses mouvements internes et à en tenir compte. Certains auteurs suggèrent de faire des cartes intérieures ou proposent des exercices comme la table de conférence (Fraser, 1991, 2003). Ces pratiques peuvent être utiles, pourvu que le thérapeute veille à ne pas réifier plus que nécessaire l'usage du langage métaphorique. Nous restons fonctionnalistes dans notre approche et dans notre discours et nous n'utilisons le langage métaphorique que pour faciliter la compréhension au patient et le suivre dans ce qu'il nous décrit.

Il arrive que des patients ne trouvent pas de contenus positifs à transmettre, soit parce qu'ils sont trop instables, soit parce que tout contenu évoqué touche à des événements et sentiments négatifs. Dans ce cas, nous explorons finement des sources de satisfaction pour de petites choses dans l'expérience du jour même. C'est Luc Isebaert (2015) qui nous a incité à poser trois questions<sup>1</sup> à nos patients, en veillant à rechercher des sources de satisfaction jusque dans l'expérience sensorielle : la température de l'eau de la douche du matin, l'odeur, le goût ou le bon dosage du café au petit déjeuner, le parfum du thé, le sourire d'une personne, le fait d'avoir trouvé une place pour se garer, la boulangère qui a dit merci pour le paiement de la baguette, la vue sur un jardin, un paysage, le ciel, ... Pour les patients particulièrement installés dans la chronicité, nous commençons la séance avec cet exercice, car ils n'arrivent pas à s'exercer dans l'entre deux. En fin de séance, nous invitons la PAN à partager ces contenus du début du travail avec la ou les PE ayant émergé.

---

<sup>1</sup> Les « trois questions pour une vie heureuse » de Luc Isebaert sont les suivantes :

- 1) Qu'est-ce que j'ai fait aujourd'hui, dont je peux être satisfait ? Il est important de trouver la plus petite chose possible, car le chemin neuronal est le même que pour les gros items.
- 2) Qu'est-ce que quelqu'un d'autre a fait aujourd'hui dont je peux être satisfait ? Et comment puis-je y réagir de telle manière pour que la personne recommence. Pour les patients récalcitrants à cette dernière recherche, nous demandons simplement : et comment pouvez-vous faire savoir à l'autre que ce qu'il a fait vous a touché ?
- 3) Et quoi d'autre m'a satisfait aujourd'hui. Luc Isebaert invite la personne à en décliner la perception avec les cinq sens : ce qui est vu, entendu, le toucher, la senteur et éventuellement le goût.

La suite du travail thérapeutique consistera à aborder les contenus portés par les PE en vue de les intégrer. La confrontation traumatique peut receler en son sein de nouvelles déstabilisations iatrogènes, invitant le thérapeute à bien doser de degré et la vitesse de la réalisation.

## 6. Maintenir la stabilité tout au long du processus thérapeutique:

« La feuille de route » (Dellucci, sous presse)

La stabilisation est primordiale au début du travail en psychotraumatologie. Cependant, une fois le patient stabilisé, les circonstances de vie, les périodes anniversaire, le style de vie parfois chaotique des personnes, peuvent constituer autant de sources de déstabilisation. A cela s'ajoute le risque de déstabilisation iatrogène : le thérapeute qui dit un mot, une phrase qui a un effet déclencheur, la nécessité de déplacer un rendez-vous, ou un retard dans l'horaire qui peuvent susciter la panique de perdre l'attachement avec le thérapeute, un proche qui appelle le thérapeute pour lui dire son inquiétude provoquant des vécus d'intrusion pour le patient. Même avec un thérapeute qui déploie des trésors de bienveillance, qui veille à rester dans des actions réfléchies, il peut y avoir des maladresses, des imprévus. En général, si la relation thérapeutique est bonne, les patients font preuve d'une grande indulgence et les thérapeutes sont prêts à apprendre et à ajuster leur intervention.

Lorsque sont abordés les souvenirs difficiles, le traitement se fait rarement en ligne droite. A tout moment peuvent émerger des peurs particulières, p.ex. la peur d'être déstabilisé si tel souvenir est abordé, celle de juger un membre de la famille, de retomber dans la dépression, la peur de ne jamais plus pouvoir s'arrêter de pleurer si des émotions sont ressenties, la peur d'un mouvement dissociatif qui apparaît, ... . Ces peurs méritent d'être entendues au moment où elles se présentent. Ne pas les entendre risque de mener au blocage du processus.

De la même manière, il se peut qu'une émotion devienne prépondérante et prenne toute la place dans le processus, comme p.ex. une colère débordante qui peut avoir un effet polluant dans les relations du patient avec son environnement, et peuvent le pousser à commettre des erreurs que par ailleurs il regrette. Il peut aussi y avoir un mouvement de honte qui amène un patient à reprendre des comportements auto-blessants, ou une tristesse qui ne cède pas. Dans ces cas, nous abordons l'émotion pour elle-même, sans cibler autre chose. Ce travail peut se faire sans toucher de traumatisme, si ces derniers sont confinés dans un contenant. Cela s'appelle un travail fractionné.

Notre méthode de prédilection pour aborder les peurs émergentes, les souvenirs difficiles ou les émotions prépondérantes est l'EMDR. Cependant il existe d'autres méthodes d'intervention valables en psychotraumatologie, qui peuvent être utilisées pour désensibiliser et retraiter ces éléments émergents.

Pour résumer notre propos, nous avons développé un questionnaire en arborescence, qui permet de guider la démarche du thérapeute en fonction de ce qui émerge.

### 6.1. Est-ce que la personne est stable<sup>2</sup> ?

NON ⇒ veuillez continuer à stabiliser, ou bien restabiliser

S'il y a eu un nouvel événement négatif qui prend toute la place : veuillez débriefer en restant centré sur les besoins immédiats de la personne et remettre l'attention sur les repères de la vie quotidienne.

OUI ↓↓ (veuillez aller à la prochaine question).

---

<sup>2</sup> Les critères de stabilité que propose Arne Hofmann sont de trois ordres :

- la personne est capable de mener à bien les tâches de la vie quotidienne (travail, famille, hygiène, alimentation, ...)
- la personne est en mesure de s'auto-apaiser efficacement
- la personne peut évoquer le/les traumatismes tout en « restant en surface », c'est à dire sans être activé au point de ne plus pouvoir faire rien d'autre

## 6.2. Où se trouve la personne sur l'échelle de sécurité<sup>3</sup> ?

Est-ce que la valeur est en dessous de 5, ou bien a-t-elle chuté depuis la dernière fois ?

OUI ⇒ veuillez explorer ce que vous pouvez faire en tant que thérapeute, pour que la personne puisse se sentir davantage en sécurité/plus confortable. (Veuillez soigner la dimension du confort physiologique)

NON, la valeur sur l'échelle est satisfaisante : ↓↓ (veuillez aller à la prochaine question)

## 6.3. Y a-t-il une peur particulière qui pourrait entraver/bloquer ce que nous avons prévu ?

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette peur la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez désensibiliser et retraiter cette peur<sup>4</sup>, quelle qu'elle soit.

NON ↓↓ (veuillez aller à la prochaine question)

## 6.4. Y a-t-il une émotion/sensation corporelle prépondérante en ce moment ?

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette émotion/sensation la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez faire une remise à zéro<sup>5</sup> de cette émotion/sensation.

NON ↓↓ (veuillez aller au prochain point)

## 6.5. Le projet d'aujourd'hui

- aborder un souvenir du passé ou un déclencheur du présent
- retraiter les empreintes précoces
- aborder une blessure relationnelle
- travailler sur une émotion/ un sentiment visé auparavant
- aborder une peur du futur évitée préalablement
- ...

En suivant cette logique de travail, thérapeute et patient peuvent cheminer en fonction de ce qui émerge, sans se perdre, avec toujours pour objectif de maintenir une stabilité fonctionnelle. Cela produit de la motivation chez le patient qui se sent pris au sérieux, sans qu'on lui en demande trop. Une fois les peurs émergentes évacuées, la confiance dans le processus thérapeutique est ainsi renforcée, et il arrive souvent que le patient soit actif et donne son avis par rapport à ce qu'il faudrait aborder par la suite.

## 7. Conclusion

Hobfoll et ses collègues (2007) ont établi cinq critères essentiels par rapport auxquels doivent s'orienter les interventions de masse à court et moyen terme après une catastrophe : 1. Pouvoir se sentir en sécurité, 2. Etre en capacité de s'apaiser, 3. Retrouver un sentiment d'auto-efficacité et d'efficacité pour la communauté, 4. Etre relié à autrui, et 5. Avoir de l'espoir.

Il va de soi pour nous que ces critères sont valables en psychotraumatologie générale, surtout lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients souffrant de trauma complexes et de troubles dissociatifs. La dimension collective est à appliquer aux personnes de l'environnement et aux mouvements dissociatifs internes, qui fonctionnent comme autant de parties différenciées affichant des avis, des besoins et des motivations différentes que la/les partie/s apparemment normale/s.

<sup>3</sup> Sur une échelle entre 1 (je ne me sens pas du tout en sécurité ici et maintenant, avec le thérapeute, dans ce lieu) et 10 (je me sens tout à fait en sécurité ici), où vous situez-vous en ce moment ? (version générale)

Il existe aussi une version centrée sur une tâche. Dans ce cas, il convient d'ajouter à la formulation générale : *pour aborder ce que nous avons prévu aujourd'hui ?*

<sup>4</sup> Si plus d'une peur émerge simultanément, veuillez d'abord retraiter les peurs qui pourraient polluer une bonne relation thérapeutique, puis les peurs touchant la vie immédiate, et ensuite les peurs irrationnelles du futur. Si la personne fait un choix, veuillez la suivre dans celui-ci.

<sup>5</sup> La remise à zéro constitue un protocole spécifique, où les émotions, sentiments sont désensibilisées jusqu'à redevenir des ressources, ce qu'ils étaient à l'origine. Il s'agit d'un protocole sans cognitions.

La remise à zéro des sensations physiques est pertinente dans la mesure où le thérapeute connaît les exercices d'ancrage, que la personne ait pu expérimenter le fait d'être en lien avec son corps et soit complètement orientée dans le lieu présent, au présent.

Attention, pour toute sensation physique persistante au cours de la séance, il est important d'orienter la personne vers un médecin somaticien, afin d'exclure toute affection physique et ne pas risquer, par une interprétation psycho-somatique erronée, de passer à côté d'un problème organique.

La théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010) nous guide en matière de stabilisation de manière très claire. Il s'agit en premier lieu de surmonter la phobie d'attachement et la peur de perte d'attachement avec le thérapeute, puis de surmonter la phobie des réactions en lien avec le traumatisme, et ensuite celle des parties dissociées. Ces tâches font partie du plan de stabilisation des patients dissociatifs. La primauté de la relation thérapeutique est ici centrale. Elle sert de guide pour établir par la suite des liens internes constructifs et fonctionnels.

Les hypothèses a priori qui nous guident pour travailler avec les patients dissociatifs en thérapie sont les suivantes (Dellucci & Wolf, 2011) : Les patients venus en thérapie souhaitent sans doute, 1. être reconnus pour le motif de leur consultation, 2. être acceptés comme ils sont, même s'il ont eux-mêmes des difficultés à s'accepter comme ils sont, 3. faire des choix, s'ils en reçoivent l'opportunité, 4. faire connaître leurs opinions à condition qu'on leur pose la question, 5. être actifs et impliqués (qu'ils résistent ou qu'ils aillent de l'avant), 6. apprendre de nouvelles choses, 7. avoir une influence positive sur eux-mêmes et sur leur parties dissociatives, ainsi que leur entourage, 8. entendre de bonnes nouvelles sur eux-mêmes, leurs talents, même s'ils ont eux-mêmes des difficultés à le reconnaître explicitement, 9. avoir de l'espoir, 10. être acceptés en tant que partie d'un tout (groupe, famille, communauté, dispositif thérapeutique). Au delà du regard bienveillant qu'elles permettent de poser sur les survivants qui ont le courage de pousser notre porte, ces hypothèses semblent se transmettre dans l'intention avec laquelle nous les rencontrons. Nombre de patients lors de l'évaluation de leur thérapie ont exprimé leur soulagement face à ce regard bienveillant du thérapeute, et à quel point cela les a aidés pour avancer. S'il est un expert qui peut évaluer le processus thérapeutique et l'attitude du professionnel, c'est bien nos patients qui ont déjà fait l'expérience du contraire à travers ce qu'ils ont vécu.

En ce qui concerne les qualités du thérapeute, les survivants de traumatismes complexes et chroniques ont besoin d'un interlocuteur suffisamment calme, qui reste dans des actions réfléchies, qui reste cohérent entre ce qu'il dit et ce qu'il fait. Il faut que le thérapeute puisse être constant dans le lien, désireux d'apprendre, car les patients ne lui demandent pas de tout savoir. Ils ont besoin d'un thérapeute qui soit capable de se remettre en question et aller rechercher l'information dont il a besoin pour accompagner son patient dans de bonnes conditions. Cela suppose un thérapeute qui fasse preuve de souplesse et d'adaptabilité sans pour autant se suradapter, c'est à dire en restant attentif à ses propres besoins également.

Le recours à la dissociation est une stratégie de survie extrêmement efficace. Cependant elle devient au cours de la vie une entrave. Œuvrer pour une stabilisation efficace consiste à assouplir cette entrave, à apprendre de nouvelles possibilités pour faire face à ce qui a été jusqu'ici innommable, irréalisable, et à trouver le courage de l'aborder afin de s'en affranchir.

## 8. Bibliographie

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, pp : 727-735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personnalité disorder in The Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 489-494.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation. Skills Training for patients and therapists*. New York : W.W. Norton & Company. Pour la traduction française (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. Bruxelles : De Boeck.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748 – 766.
- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypno-analysis*. Lawrence Erlbaum Associates : Hillsdale, NJ.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. Norton, New York.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative*

- disorders*. Wiley, New York.
- Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, pp. 519-527.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. Norton, New York.
- Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale*, 28 (4), pp 391 – 414.
- Dell, P. F. (1998) Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, pp. 352-356.
- Dell, P. F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, pp. 7 – 37.
- Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, pp. 10-15.
- Dell, P.F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7 (2), pp. 77 – 106.
- Dellucci, H. (2014). Psychotraumatologie Centrée Compétences. *Revue Thérapie Familiale*. 34 (4). pp 193-226.
- Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatismes complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. . *Aide mémoire. L'EMDR en 70 notions*. Paris: Dunod.
- Dellucci, H. & Wolf, F. (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Revue Thérapie Familiale*, 32, (2), pp: 275-291.
- Dellucci, H. & Huntziker, I. (2016). Konstruktive und Nicht-konstruktive Beziehungen. Ein lösungsfokussierter Ansatz im Kontext von Paarbeziehungen. *Systemischer*, 8, pp : 66-75.
- Demos, E. V. (1998). Affect and the development of the self : A new frontier. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology, Vol. 3*, pp. 27 – 52. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Dolan, Y.M., (1991). *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. Norton & Company
- Dye, E. & Roth, S. (1991). Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. *Psychotherapy*, 28, pp.103 – 120.
- Ellason, J. W., Ross, C. A. & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59, pp. 255-266.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states and dissociative disorders and ego-state therapy. *Dissociation*, 4, (4), pp : 205–213.
- Fraser, G. A. (2003). Fraser's "Dissociative table technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, (4), pp : 5–28.
- Goodman, B. & Nowak-Scibelli, D. (1985). Group treatment for women incestuously abused as children. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, pp. 531 – 544.
- Follette, V.M., Alexander, P.C. & Follette, W.C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, pp. 150 – 155.
- Herman, J.L. & Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, pp. 605 – 616.
- Hobfoll et al. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Issues*
- Hofmann, A. (2006). *EMDR: Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Isebaert, I., Cabié, M., C. & Dellucci, H. (2015). Alliance thérapeutique et thérapie brèves. Le Modèle de Bruges. Ed. Erès, collection Relations.
- Kluft, R.P. (1998). Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90 – 98.
- Korn, E. R., & Johnson, K. (1983). *Visualization: The uses of imagery in the health professions*. Irwin Professional, Chicago.

- Korn, D., L. & Leeds, A., M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, (12), pp. 1465 – 1487.
- Leeds, A.M. (2009). Resources in EMDR and other Trauma-Focused Psychotherapy : a Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3), pp. 152-160.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, pp. 196 – 204.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Nijenuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, pp. 688 – 694.
- Nijenuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1997). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, pp. 311 – 318.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy : One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), pp. 149-173.
- Organisation Mondiale de la Santé (1992). *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes, Dixième révision (CIM-10)*
- Pace, P. (2012). *Lifespan Integration. Connecting Ego States through time*. Pour la traduction française (2014). Pratiquer l'ICV. L'intégration du Cycle de la Vie. Paris: Dunod.
- Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L. & Gast, U. (2011). Awis-I Comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, (2), pp. 122 – 131.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, Guilford.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, pp. 146-163.
- Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N. & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder, vol 821*, pp. 161 – 175. New York : New York Academy of Sciences.
- Van der Hart, O., Nijenuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurale et Traitement de la Traumatization Chronique. Bruxelles : DeBoeck.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H. & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q) : Development of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, (1), pp : 21-27.
- Wade, A. (1997). Small acts of living : Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy*, 19 (1), pp : 23-39.
- Waller, N.G., Putnam, F.W. & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types : A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, pp : 300-321.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. Sarasota, FL : Professional Resource.