



HAL
open science

Reconnaître, diagnostiquer et surmonter les troubles dissociatifs : le difficile chemin vers l'intégration pour les patients et les cliniciens

Olivier Piedfort-Marin

► To cite this version:

Olivier Piedfort-Marin. Reconnaître, diagnostiquer et surmonter les troubles dissociatifs : le difficile chemin vers l'intégration pour les patients et les cliniciens. Psychologie. Université de Lorraine, 2021. Français. NNT : 2021LORR0075 . tel-03280131

HAL Id: tel-03280131

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-03280131v1>

Submitted on 7 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**ECOLE DOCTORALE SLT
UNIVERSITE DE LORRAINE – SITE DE METZ**

THESE

en vue de l'obtention du grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE
Mention **PSYCHOLOGIE**

présentée et soutenue publiquement par
Olivier PIEDFORT-MARIN
le 25 mars 2021

**Reconnaître, diagnostiquer et surmonter les troubles dissociatifs :
Le difficile chemin vers l'intégration pour les patients et les cliniciens.**

sous la direction de Monsieur le Professeur Cyril **TARQUINIO**
*Professeur de Psychologie clinique et de la Santé à l'Université de Lorraine site de Metz
Laboratoire Approches Psychologiques et Épidémiologiques des Maladies Chroniques
(APEMAC, EA 4360), Équipe de Psychologie de la Santé de Metz (EPSaM)*

en présence de Mesdames et Messieurs les membres du jury :

Marie-Frédérique BACQUÉ, rapporteur. *Professeur de Psychopathologie Clinique, Université de Strasbourg.*

Marie PRÉAU, rapporteur. *Professeur de Psychologie Sociale, Université Lumière Lyon 2.*

Wissam EL-HAGE, membre, *Professeur de Psychiatrie Adulte, Université de Tours.*

Valentino POMINI, membre, *Professeur de Psychologie, Université de Lausanne, Suisse.*

Onno VAN DER HART, membre. *Professeur Émérite de Psychopathologie et de la Traumatisation Chronique, Université d'Utrecht, Pays-Bas.*

Ellert R.S. NIJENHUIS, membre. *Docteur en psychologie, Psychothérapeute et chercheur. Pays-Bas.*

REMERCIEMENTS

J'aimerais en premier lieu remercier le Professeur Cyril Tarquinio qui m'a transmis cette idée à priori étrange de faire une thèse. Ce fut un cheminement extrêmement enrichissant et je le remercie pour sa confiance, ses encouragements et sa vision dégagée dans les moments de doutes.

Mes remerciements vont à Prof. Marie-Frédérique Bacqué, Prof. Wissam El-Hage, Dr. Ellert Nijenhuis, Prof. Valentino Pomini, Prof. Marie Préau, et Prof. Onno van der Hart, qui ont gentiment accepté d'être membres du jury.

Je remercie les collaboratrices administratives de l'Université de Lorraine et de l'école doctorale pour leur aide précieuse dans les arcanes administratifs, les pertes de numéros d'identification et de code d'accès...

Ce travail a bénéficié sur de nombreuses années d'échanges passionnés et passionnants avec de nombreux collègues que je tiens à remercier : Catherine Briod de Moncuit, Jean-Marie Goël, Monica Hubschmid Dumauthioz, Susanne Leutner, Giovanni Liotti, Andrew Moskowitz, Luise Reddemann, Thomas Renz, Marlene Steinberg, Onno van der Hart, et particulièrement mon amie Eva Zimmermann. Je remercie tout spécialement Marjolaine Heymes, Dr. Seng Liem et Gerda Mastronardi-Johner pour leur soutien et leur amitié.

Sabine Azarmsa, Thérèse Cuttelod, Marie-Eve Piot, Geoffrey Rigol, Danièle Spagnoli, Deborah Wisler ont participé bénévolement à des travaux de cette thèse. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

Je mesure le travail et l'engagement des nombreux chercheurs et cliniciens qui, avant moi, ont publié articles, chapitres et livres sur les troubles dissociatifs. J'ai le plus grand respect pour leur dévouement maintenant que je mesure le travail qui se cache derrière de l'encre sur du papier.

Je n'en serais pas là où j'en suis aujourd'hui sans la rencontre avec Ellert Nijenhuis et sans nos nombreux échanges. Son enseignement depuis de nombreuses années et son soutien discret mais soutenu furent et sont à la fois un enrichissement et un défi permanent. Un grand merci !

Je suis également reconnaissant aux collègues qui me font confiance dans leur supervision ; j'apprends tellement d'elles. Les patients et patientes que j'ai

l'honneur d'avoir suivi ou de suivre actuellement, ainsi que les participants à l'étude du SCID-D, sont présents à mon esprit alors que je dépose cette thèse qui leur est consacrée.

Mes excuses vont à mes amis pour ne pas avoir été aussi présent que je l'aurais souhaité ces dernières années.

Enfin je remercie du fond du cœur mon compagnon, Maxime. Ton soutien et ton amour dans les moments de doute m'ont toujours boosté.

RESUME

Reconnaître, diagnostiquer et surmonter les troubles dissociatifs : Le difficile chemin vers l'intégration pour les patients et les cliniciens.

Cette thèse sur travaux aborde les troubles dissociatifs tels que décrits par les classifications internationales DSM et CIM à travers dix articles. Dans ce domaine une définition claire de la dissociation s'impose et nous suivons en cela la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Celle-ci propose que, dans les suites d'une situation traumatisante et par un échec d'intégration, la personnalité d'un sujet peut se diviser (se dissocier), en plusieurs parties dissociatives : une partie dite 'partie apparemment normale' continue de s'engager dans des actions de la vie quotidienne et évite une ou plusieurs parties dissociatives dites 'parties émotionnelles' restées fixées sur la situation traumatique et qui s'engagent dans des actions ressemblant aux défenses animales face à une menace. La première partie de cette thèse se concentre sur la reconnaissance de ces troubles, en particulier du trouble dissociatif de l'identité qui est sans doute le trouble psychiatrique le plus controversé. Puis nous détaillons la conceptualisation des troubles dissociatifs selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. La deuxième partie de la thèse s'intéresse aux procédés diagnostiques des troubles dissociatifs. Un article présente l'étude de validité et de fiabilité du SCID-D, entretien semi-structuré pour le diagnostic des symptômes et troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-11. Nous abordons aussi des procédés diagnostiques plus adaptés à des cas de trouble dissociatif nécessitant une approche au plus près de la singularité du patient. La troisième partie s'intéresse aux principes et moyens thérapeutiques utiles pour surmonter ces troubles sévères. Plusieurs articles sont présentés, en particulier sur le thème de l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives. Nous y décrivons dans le détail ces interventions thérapeutiques. Nous prenons également en compte les aspects relationnels complexes de ces situations cliniques, en particulier les aspects contre-transférentiels. Reconnaître, diagnostiquer et surmonter les troubles dissociatifs est un défi majeur pour les patients mais aussi pour les professionnels qui doivent souvent dépasser leurs fondamentaux théoriques pour rencontrer le patient dans une singularité inattendue. Il s'agit également d'un défi en termes de politique de santé publique et de formation des professionnels, puisque les troubles dissociatifs s'avèrent être des troubles fréquents et fortement invalidants.

Mots-clés : dissociation ; trouble dissociatif, théorie de la dissociation structurelle de la personnalité ; traumatisme psychologique ; diagnostic ; psychothérapie.

ABSTRACT

Aknowledging, assessing, and overcoming dissociative disorders: The difficult path towards integration for patients and clinicians.

This thesis addresses dissociative disorders as described by the international classification systems DSM and CIM, through ten articles. In this field, a clear definition of dissociation is needed, and for this purpose we follow the theory of the structural dissociation of the personality. This theory proposes that, in the aftermath of a traumatic situation and by a lack of integration, the personality of a subject can divide (dissociate) itself into several dissociative parts: a part called 'apparently normal part' continues to engage in actions of daily life and avoids one or more dissociative parts called 'emotional parts' which remain fixated on the traumatic situation and engage in actions resembling animal defenses in the face of a threat. The first part of this thesis focuses on the recognition of these disorders, in particular the dissociative identity disorder, which is probably the most controversial psychiatric disorder. Then, we describe the conceptualization of dissociative disorders according to the theory of the structural dissociation of the personality. The second part of the thesis focuses on the diagnostic procedure of dissociative disorders. An article presents the validity and reliability study of the SCID-D, a semi-structured interview for the diagnosis of dissociative symptoms and disorders according to DSM-5 and ICD-11. We also discuss diagnostic procedures more adapted to cases of dissociative disorder requiring an approach as close as possible to the patient's singularity. The third part focuses on the therapeutic principles and means useful to overcome these severe disorders. Several articles are presented, in particular on the theme of the integration of traumatic memories and dissociative parts. Therapeutic interventions are described in detail. We also take into account the complex relational aspects of these clinical situations, in particular the counter-transferential issues. Acknowledging, diagnosing and overcoming dissociative disorders is a major challenge for patients but also for professionals who often have to go beyond their theoretical fundamentals to meet the patients in their unexpected singularity. It is also a challenge in terms of public health policy and professional training, since dissociative disorders are frequent and highly disabling.

Keywords : dissociation; dissociative disorder, theory of the structural dissociation of the personality; psychological trauma; diagnosis; psychotherapy.

NOTE

Afin de donner une homogénéité graphique au texte, nous avons fait le choix de reproduire les articles au même format et dans la même police que le reste du texte. Le lecteur identifiera les articles par une ligne de couleur sur le coté de la page comme ici à droite de cette note. Les articles déjà publiés sont mis en annexe à la fin de la thèse dans leur version originale publiée.

Pour nous référer aux patients et patientes ainsi qu'aux cliniciens et cliniciennes, nous avons fait le choix d'utiliser le genre masculin tout au long du texte. Utiliser les deux genres allourdit le texte et utiliser tantôt le féminin tantôt le masculin de manière aléatoire peut amener à des confusions sur l'information qui pourrât être transmise à travers les choix de genre. Finalement, comme on se réfère souvent au féminin pour les personnes souffrant de troubles dissociatifs, cela rend aussi justice de ne pas laisser penser que ce sont uniquement des femmes qui souffrent de ces troubles.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Résumé	3
Abstract	4
Note	5
Table des matières	7
Liste des abréviations	

Introduction

1^{ère} partie : Reconnaître et conceptualiser les troubles dissociatifs

- 1.1. Introduction à la 1^{ère} partie.
- 1.2. ARTICLE : Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques.
- 1.3. ARTICLE : La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité : une théorie pour conceptualiser les troubles d'origine traumatique.

Synthèse de la 1^{ère} partie

2^{ème} partie : Diagnostiquer les troubles dissociatifs

- 2.1. Introduction.
- 2.2. Les différents diagnostics de trouble dissociatif.
- 2.3. Les différents instruments de détection et de mesure des troubles dissociatifs.
- 2.4. Les différents instruments de diagnostic des troubles dissociatifs.
- 2.5. Répondre au besoin d'un instrument de diagnostic des troubles dissociatifs en langue française : le SCID-D.
- 2.6. ARTICLE: Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders.
- 2.7. Données additionnelles sur l'étude de validité du SCID-D.
 - 2.7.1. Intérêt des questionnaires de détection des troubles dissociatifs.
 - 2.7.2. Le trouble de dépersonnalisation/déréalisation : un trouble dissociatif ?
 - 2.7.3. Les troubles dissociatifs et les confusions diagnostiques avec d'autres troubles.
 - 2.7.4. Différencier le TDI partiel et le TSPT complexe
 - 2.7.5. Troubles dissociatifs, faux positif, imitation.
- 2.8. ARTICLE: La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas.

Synthèse de la 2^{ème} partie.

3^{ème} partie : Surmonter les troubles dissociatifs

- 3.1. Face au chemin tortueux de la psychothérapie des troubles dissociatifs:
l'Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie
ARTICLE: Version française adaptée de l'Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI).
- 3.2. Principes généraux du traitement des troubles dissociatifs
 - 3.2.1. Le traitement par phases
 - 3.2.2. Le concept d'intégration selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité
 - 3.2.3. Atteindre l'intégration des souvenirs traumatiques: synthèse et réalisation (personnification et présentification)
- 3.3. Une approche phénoménologique du traitement des troubles dissociatifs
 - 3.3.1. Pacing et leading
 - 3.3.2. Explorer la dissociation structurelle
 - 3.3.3. L'utilisation de symboles
 - 3.3.4. L'utilisation de l'imagerie
- 3.4. Favoriser le changement
 - 3.4.1. Les changements de fond qui vont favoriser la thérapie
 - 3.4.2. Monter dans la hiérarchie des tendances à l'action
- 3.5. La stabilisation des symptômes dissociatifs
ARTICLE : Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique : interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives
Stabilisation : Données cliniques additionnelles
- 3.6. Intégrer les souvenirs traumatiques et les parties dissociatives
ARTICLE : Synthesis and realization (Personification and presentification: the psychological process of integration of traumatic memories in EMDR psychotherapy.
ARTICLE psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: a case study
ARTICLE: Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration.
ARTICLE : When the therapist's traumas emerge in a psychotherapy session: the use of trauma-related countertransference
- 3.7. Données cliniques complémentaires sur l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives.
 - 3.7.1. Synthèse guidée avec la technique de l'observateur
 - 3.7.2. Synthèse fractionnée chez une patient TDI
 - 3.7.3. Synthèse et réalisation guidée, soutenue par l'EMDR
 - 3.7.4. Intégration des souvenirs traumatiques et fusion des parties dissociatives

Synthèse de la 3^{ème} partie.

Discussion générale

Conclusion et perspectives

Références

Liste des publications

Annexes

LISTE DES ABBREVIATIONS

ATDS-1	Autres troubles dissociatif spécifié de type 1.
CIM-10	Classification International des Maladies, 10 ^{ème} révision.
CIM-11	Classification International des Maladies, 11 ^{ème} révision.
DP	Dépersonnalisation
DR	Déréalisation
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, 4 th edition. <u>En français</u> : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4 ^{ème} édition
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, 5 th edition. <u>En français</u> : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^{ème} édition
SFI	Système Familial Intérieur
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale.
TD	Trouble dissociatif.
TDI	Trouble dissociatif de l'identité.
TDNS-1	Trouble dissociatif non spécifié de type 1.
TDSP	Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité
TEM	Théorie des états du moi.
TP	Trouble de la personnalité.
TPB	Trouble de la personnalité borderline.
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

RECONNAITRE, DIAGNOSTIQUER ET
SURMONTER LES TROUBLES DISSOCIATIFS :

Le difficile chemin vers l'intégration
pour les patients et les cliniciens.

INTRODUCTION

Notre¹ intérêt pour les troubles dissociatifs commença il y a presque 20 ans. A l'époque nous suivions une patiente qui avait consulté pour un sévère trouble panique avec agoraphobie et trouble dépressif associé. Appelons-la Madame Aline N. Un traitement antidépresseur avait été nécessaire en plus d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), notre approche thérapeutique de base. Après deux ans de traitement la patiente était guérie et ne devait plus prendre de médicament psychotrope. Mais quelques mois plus tard elle présenta des symptômes dont nous n'avions jamais entendu parler auparavant, malgré une formation d'une durée de 10 ans au total (cinq ans pour le Master en psychologie, puis cinq ans pour la formation post-grade en psychothérapie cognitivo-comportementale). En rentrant chez elle après nos séances, Madame N. devait arrêter sa voiture sur le bord de la route, ne sachant où elle se trouvait. Elle téléphonait paniquée, demandant à être réorientée dans l'ici et maintenant. Plus tard, elle commença à décrire des images envahissantes à connotation sexuelle : « j'ai devant moi le sexe de mon père en érection. » A 40 ans, son état psychique général devenait de plus en plus instable, alors qu'elle avait toujours bien fonctionné jusqu'alors. La régulation émotionnelle était de plus en plus difficile, les idées suicidaires très marquées, elle était régulièrement au bord du passage à l'acte. Ni les supervisions chez mes superviseurs TCC habituels, ni les discussions amicales avec des collègues d'autres obédiences ne m'aidaient à comprendre ce qui se passait, et encore moins à l'aider. Nous étions incapable de reconnaître ce qui était en fait un trouble dissociatif. Nous étions également incapable de le diagnostiquer.

Car avec le recul nous pouvons dire que, sur plusieurs mois, se développa chez la patiente tout d'abord un *autre trouble dissociatif spécifié, exemple 1* (ATDS-1) selon le DSM-5 (APA, 2015), qu'à l'époque le DSM-IV (APA, 1996) dénommait *trouble dissociatif non spécifié de type 1*. Les images envahissantes qu'elle décrivait laisser penser qu'elle avait pu être victime de violences sexuelles dans son enfance. Mais par qui ? Et comment en être sûr, alors qu'elle disait ne pas s'en souvenir ? Puis quelques années plus tard, son état se développa clairement vers un *trouble dissociatif de l'identité* (TDI). La patiente pouvait soudainement se comporter et parler comme une enfant prise dans une panique terrible ou dans une colère difficile à apaiser. A d'autres moment elle restait mutique et comme paralysée, le regard exprimant une souffrance intense. Ces moments, la

¹ Par tradition nous utiliserons sur la longueur de ce travail le *nous* de modestie. Ce n'est pas le cas dans certains articles cliniques où l'utilisation plus directe du *je* est utilisée.

« patiente » ne s'en souvenait que vaguement.

On pourrait penser que Madame Aline N. est un cas isolé. Cependant Brand et al. (2016) rapportent que les études épidémiologiques laissent penser qu'environ 1% de la population générale aurait un TDI. Le groupe d'experts de l'ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011) rapportent une prévalence du TDI de 1 à 3%. Dell (2009) a rassemblé toutes les études épidémiologiques internationales sur les troubles dissociatifs (TD). Il en ressort que la proportion médiane de TD (ATDS-1 et TDI) dans des échantillons de patients ambulatoires est de 8.9%. Il est de 6.6% dans des groupes de patients hospitalisés (« inpatients ») et de 21.6% auprès de patients hospitalisés dans des hôpitaux publics. Les cas comme celui d'Aline ne sont donc pas des cas rares. Les connaissances nécessaires pour reconnaître les TD, les diagnostiquer et traiter ces patients nous semblent largement insuffisantes dans le système de soin et il s'agit là d'un problème majeur de santé publique.

Comment cette femme qui avait bien fonctionné au niveau professionnel et social pouvait en quelques mois s'écrouler et présenter un trouble psychiatrique aussi grave ? Et si elle avait réellement vécu des violences sexuelles dans son enfance, comment comprendre qu'elle ait pu les oublier, vivre normalement pendant des années et que tout d'un coup, tout cela émerge ? Autant de questions qui s'imposaient et qui restaient sans réponses.

Mais la bataille ne faisait que commencer : il fallait aider cette patiente à aller mieux et nous ne savions pas comment faire.

Plusieurs rencontres professionnelles furent déterminantes qui nous amenèrent à comprendre ce dont souffrait Aline et comment l'aider.

Une première rencontre se fit par hasard. Écouter la collègue de Lausanne, Catherine Briod de Moncuit, parler des liens entre addictions et violences sexuelles infantiles fut un premier déclic. Elle décrivait Aline ! C'en était surprenant et libérateur. Soudain, des pièces du puzzle se rapprochaient. Les symptômes avaient un sens. Des sentiments de clarté et de libération remplaçaient des sensations d'impuissance et de mystère. Et surtout : je n'étais pas le seul à avoir vu cela dans ma pratique clinique. S'en suivirent des supervisions régulières pendant une dizaine d'années auprès de Catherine Briod de Moncuit, par ailleurs psychologue-psychothérapeute d'orientation psychanalytique.

Afin d'aider au mieux Aline, nous suivîmes en 2004 une formation à la psychothérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Shapiro, 2001, 2017). On nous mit en garde : à l'époque les TD étaient une contre-indication à l'EMDR. On nous fit une introduction d'une heure sur les TD et sur une théorie nouvelle : la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) développée par les hollandais Onno van der Hart et Ellert Nijenhuis, et l'américaine Kathy Steele. Leur ouvrage de base « The Haunted Self » parut quelque temps après en 2006, et en 2010 dans sa version française « Le Soi Hanté ». En 2007, Ellert Nijenhuis était invité par ma collègue et amie Eva Zimmermann à donner une formation de deux jours à Fribourg en Suisse romande. Soudain, le sentiment de tout comprendre donnait de l'espoir. Quelle jolie naïveté ! La suite fut une formation intensive auprès d'Ellert Nijenhuis afin de développer nos connaissances de la TDSP et de la pratique thérapeutique avec les personnes gravement traumatisées. Chaque séminaire était suivi d'un sentiment de révélation, suivi quelques temps plus tard d'un sentiment de désespoir face à la difficulté de la tâche d'intégrer à la fois la théorie et la pratique clinique.

Nous pouvions comprendre chez Aline son amnésie sur des décennies des violences sexuelles infantiles. Nous pouvions comprendre comment Aline avait pu fonctionner jusqu'à l'âge de 40 ans passés de manière *apparemment normale*. Et nous pouvions comprendre ces intrusions de parties agissant comme des enfants paniqués. Les traumatismes avaient créé une dissociation structurelle, une division de la personnalité en plusieurs parties dissociatives. Aline l'adulte avait vécu une vie presque normale malgré des symptômes dissociatifs sub-cliniques, dont elle avait tellement l'habitude qu'elle n'y voyait rien de spécial. Selon la TDSP (Van der Hart et al., 2010) j'avais traité le trouble panique d'Aline dans sa partie apparemment normale (PAN), c'est-à-dire la partie « adulte ». Toujours selon la TDSP, des parties émotionnelles de sa personnalité (PE), fixées sur les expériences traumatiques, émergeaient soudain avec force, par des intrusions diverses (images, voix, sensations physiques) qui déstabilisaient la PAN et rendaient les PE plus fortes encore. La PAN avait une forte phobie des PE – comme en témoignent ses amnésies et son fonctionnement en apparence normal sur des années. Elle répondait donc par l'évitement mental aux intrusions des PE. Mais depuis peu, sans succès. Finalement les intrusions des PE ont évolué vers des prises du

contrôle exécutif (*switches*¹, en anglais), facilitées par la phobie intense de la PAN envers les PE et les souvenirs traumatiques.

Nous pouvions comprendre les troubles d'Aline grâce à la TDSP, mais comment l'aider ? Y aurait-il un chemin vers la guérison ou en tout cas vers moins de souffrances pour ces patients pour qui l'EMDR était contre-indiqué ? Intégrer la TDSP n'est pas chose facile, apprendre de nouvelles méthodes thérapeutiques à utiliser avec des cas complexes, non plus. A l'époque c'était le besoin de maîtriser qui était le plus fort en nous. Besoin de comprendre, certes, mais pour ressentir un besoin de maîtrise. Besoin d'apprendre, oui, mais là encore pour ressentir un besoin de maîtrise. Le travail avec les personnes gravement traumatisées peut être source de désarroi, d'impuissance, et de solitude. La recherche de maîtrise peut être un antidote d'apparence. A l'époque, alors que des collègues voyaient notre intérêt pour les TD prendre de l'ampleur, un sentiment de solitude nous atteint. Nous étions celui qui voit de la dissociation partout, qui est « dissident ». En effet l'intérêt pour l'EMDR puis pour la TDSP nous ouvrait à d'autres manières de comprendre et de traiter les patients alors qu'il fallait se rendre à l'évidence : presque tous nos patients avaient vécu des traumatismes de degrés divers dans l'enfance, quand bien même ils n'avaient pas tous un TD.

Dans la même période nous entendions parler d'une collègue allemande réputée dans son pays et en Suisse alémanique pour son concept de thérapie des traumatismes complexes : Luise Reddemann (Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes, Reddemann, 2008). Nous suivîmes sa formation de manière répétée, permettant ainsi une intégration intense de son travail issu d'une longue expérience. Une collaboration amena à la publication d'un livre en français sur son travail (Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). Mais de toutes les spécificités de la psychotraumatologie, le domaine des TD – et plus spécifiquement des TD sévères – est sans doute le plus particulier, différent à bien des égards du traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou du TSPT complexe. Nos patients souffrant d'un TD – et en particulier Madame Aline N. – nous ramenaient sans cesse à la TDSP.

Il est un fait que les TD, et en particulier le TDI, nous interrogent. De telles présentations cliniques nous obligent à quitter nos zones de confort, que ce soit dans nos concepts théoriques ou dans nos pratiques cliniques. Ce fut notre cas et

¹ Nous préférons utiliser le terme anglais « switch » plus court que l'équivalent français « changement du contrôle exécutif d'une partie dissociative à une autre. »

cette thèse illustre cela. Nos fondements théoriques cognitivo-comportementalistes ont volé en éclats. Il fallait intégrer la TDSP qui peut paraître une théorie simple à premier abord mais qui est une théorie complexe. La TDSP s'est imposée à nous. Dans un premier temps, nous y avons vu des liens avec la TCC, et il y en a quelques-uns. Mais surtout nous avons dû nous immerger dans la TDSP pour en intégrer toutes les nombreuses subtilités et richesses. Et c'est toujours un défi d'ouvrir « Le Soi Hanté » et de lire une page au hasard. Intégrer les développements qu'Ellert Nijenhuis a construit sur la TDSP (Nijenhuis, 2015a, 2017a, 2019) ont été et sont encore des défis. Si la rencontre avec la TDSP fut le fruit du hasard, nous avons fait le choix répété d'intégrer cette théorie plutôt qu'une autre. Une des raisons est qu'il y a très peu de théories qui permettent de conceptualiser les TD et de déployer les principes de psychothérapie de ces troubles complexes. Les grands spécialistes américains des TD semblent avoir développé leur propre modèle (Kluft, 1999 ; Putnam, 1989 ; Ross, 1989). La théorie des états du moi (Watkins & Watkins, 1997) est une théorie intéressante à bien des égards mais sans doute faut-il une base psychanalytique pour l'appréhender correctement, ce qui n'est pas notre cas. Par ailleurs la cohérence conceptuelle interne de ce modèle n'est pas optimale (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse).

Il nous a semblé que la TDSP décrivait directement ce qui avait lieu dans notre cabinet avec Aline puis d'autres. Mais la TDSP n'est pas née sur rien. Van der Hart et al. (2010) ont en fait réactualisé les travaux de Pierre Janet sur l'hystérie et la dissociation (Janet, 1889, 1898, 1904, 1909, 1919, 1928, 1935) ainsi que ceux de Myers (1940) sur les séquelles psychologiques des soldats de la première guerre mondiale, tout en se basant sur des travaux plus récents (Panksepp, 1998). La démarche intellectuelle et l'expérience psychothérapeutique de Janet avaient été oubliées pendant des décennies, malgré quelques reconnaissances isolées (p. ex. : Braun, 1988a, 1988b ; Maléval, 1981 ; Waktkins & Watkins, 1997). Ses travaux conceptuels d'une richesse incroyable et ces descriptions cliniques approfondies retrouvent un regain d'intérêt mérité depuis la publication du « Soi Hanté » (Van der Hart et al., 2010).

La compréhension des troubles dissociatifs, leur définition même, leur conceptualisation et leur traitement sont des défis de haut niveau pour la psychologie, la psychiatrie et la psychothérapie. C'est un défi pour chaque psychothérapeute. Face à une grande complexité, nombreux sont les collègues qui aimeraient des solutions et des techniques faciles à appliquer, une solution efficace en une heure

de supervision, un plan de traitement standard à suivre, un questionnaire qui va clarifier le diagnostic en 30 minutes. Nous y voyons là des signes de sentiments de désarroi et d'impuissance que nous avons connus à nos débuts et que nous connaissons encore parfois.

L'écrivain américain Henry Louis Mencken aurait dit : « il existe pour chaque problème complexe une solution simple, directe et fautive. » Le diagnostic et le traitement des TD est complexe. Nous devons donc nous attendre à ces solutions qui dépassent notre zone de confort et mettent parfois à mal nos croyances installées de longue date.

Pour les patients, surmonter leur TD est un défi impressionnant, un défi de chaque jour. Ils doivent peu à peu intégrer leurs traumatismes et réunir les parties dissociatives en un individu unifié. Cela implique de se reconnecter à la souffrance immense de l'époque et d'accepter d'avoir vécu des choses horribles. On peut comprendre que les patients souffrant de TD ne le veulent pas. Aline, comprenant le lien entre ces troubles alimentaires et des éléments spécifiques des violences sexuelles, dit récemment avec véhémence : « Je préfère garder mon trouble alimentaire plutôt que d'admettre ça ! » « Ça » c'était la peur d'être enceinte des violences sexuelles de son père, peur continue sur toute son adolescence.

Quant aux thérapeutes qui veulent aider les patients souffrant de TD, ils doivent intégrer des concepts complexes, clarifier ce qu'est la dissociation, apprendre à différencier les TD d'autres troubles comme le trouble de personnalité borderline ou la schizophrénie. Ils doivent intégrer de nouvelles techniques thérapeutiques, dont certaines sont bien étranges à prime abord. Ils doivent parler avec des parties dissociatives 'enfants ' ou avec des parties 'agressives'. Et ils doivent accepter d'entendre des horreurs, de les sentir même. Ils doivent sans cesse être attentifs à instaurer et maintenir une « bonne distance » avec le patient. C'est un travail éprouvant.

Pour le patient et pour le thérapeute il s'agit d'un chemin difficile vers l'intégration.

Pourquoi une thèse sur les troubles dissociatifs et non pas sur les traumatismes psychiques en général ? Nombreux sont les collègues qui écrivent sur les traumatismes psychiques en rassemblant dans leurs ouvrages des considérations sur différents types de séquelles (TSPT, TSPT complexe, TD en général, TDI) et sur la

« dissociation ». Dans notre choix de thématique pour cette thèse, un focus spécifique sur les TD nous a semblé une évidence. Si cela peut amener plus d'attention à ces troubles psychiques sévères et invalidants dans les universités – tant au niveau de la recherche que de l'enseignement – alors cette thèse n'aura pas été veine.

Cette thèse sur travaux a débuté à une période où nous avons entamé le projet de recherche pour valider la version française du SCID-D (Semi-structured Clinical Interview for Dissociative Disorders – Entretien clinique semi-structuré pour le diagnostic des TD ; Steinberg, 1994), et où nous avons également le souhait d'écrire des articles cliniques sur les TD. Cette thèse a précipité quelque peu certains de nos projets et nous a amené à proposer un choix d'articles centrés spécifiquement sur les TD.

La thèse comprend trois parties. Elle rassemble dix articles, ainsi que des extraits d'un livre et d'autres articles. La première partie aborde la conceptualisation des TD. La seconde partie présente le diagnostic des TD et la troisième partie se centre sur la psychothérapie de ces troubles.

La première partie de la thèse cible la reconnaissance et la conceptualisation des TD et commence par un article qui nous tient à cœur. Avec Geoffrey Rigol et Cyril Tarquinio, nous avons rédigé un article de fond intitulé : « Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. » Nous avons voulu mettre à plat les croyances concernant le TDI. Accepté par les Annales Médico-Psychologiques, nous espérons qu'il fera évoluer les positions des cliniciens. Suit un article sur la conceptualisation des TD par la TDSP présentée comme une théorie pouvant expliquer le spectre large de troubles d'origine traumatique. Avec cet article nous annonçons notre base conceptuelle centrale dans le travail clinique avec les TD. Nous présentons une définition de la dissociation d'origine traumatique utile pour la conceptualisation des TD. Ensuite nous y abordons en particulier comment les TD s'installent et se maintiennent. D'autres aspects théoriques d'un intérêt davantage clinique de la TDSP seront abordés dans la 3^{ème} partie.

La deuxième partie de la thèse commence par une description des différents diagnostics de TD. Ensuite nous présentons les instruments de détection et de diagnostic des TD. Suit un article important sur l'étude de validité de la version

française du SCID-D (Steinberg, 1994). Cet article de recherche est suivi de données cliniques additionnelles issues de cette étude et aussi de notre pratique clinique. Un second article aborde des cas complexes de diagnostic de TD, à savoir deux cas de psychose dissociative. Si l'article de recherche sur le SCID-D fait la part belle aux statistiques, le second aborde le diagnostic dans sa complexité conceptuelle et clinique, là où des outils diagnostiques s'avèrent insuffisants.

La troisième partie se centre sur le travail de psychothérapie des TD. Elle commence par un article sur l'Echelle d'Evaluation de l'Avancement de la Psychothérapie (EEAP) une version française et adaptée du DTMI (Dimensions of Therapeutic Movement Instrument ; Kluft, 1994a, 1994b). Cet instrument permet d'évaluer l'avancement de la thérapie des TD et apporte ainsi aux cliniciens une ligne directrice par l'évaluation mensuelle d'un certain nombre de domaines. Vient ensuite une description des principes généraux de prise en charge des TD qui inscrit les bases des articles cliniques qui suivent. Tout d'abord un article décrit les mesures de stabilisation des symptômes dissociatifs, suivi de données cliniques additionnelles. Ensuite trois articles abordent le thème de l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives. Il s'agit d'articles cliniques décrivant dans le détail des séances de thérapie et commentant les interventions du thérapeute. Ces articles se basent tous sur le concept d'intégration des souvenirs traumatiques selon la TDSP, concept décrit en détail dans un des articles. Ces trois articles illustrent l'utilisation de méthodes thérapeutiques différentes pour les TD (EMDR, hypnose en transe légère et plus profonde, travail avec les parties dissociatives intérieures) mais en se basant à chaque fois sur les mêmes fondements conceptuels : la TDSP et son concept d'intégration. Le dernier article de cette thèse aborde l'intérêt du contre-transfert lié au traumatisme dans le travail avec les personnes traumatisées. Là encore des séances de thérapie sont décrites dans le détail et commentées, en mettant en lien les concepts sous-jacents aux interventions du clinicien. Ce dernier article sur le contre-transfert fait partie d'un numéro spécial dont nous produisons aussi l'éditorial sur le thème « le trauma et le thérapeute. » Enfin cette troisième partie finit par des données cliniques complémentaires sur l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives.

Une discussion générale et une conclusion viendront clore ce travail.

1^{ère} PARTIE

RECONNAITRE ET CONCEPTUALISER

LES TROUBLES DISSOCIATIFS

Olivier Piedfort-Marin, Geoffrey Rignol, Cyril Tarquinio.

Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches
scientifiques

Annales Médico-Psychologiques (sous presse)

Olivier Piedfort-Marin

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité : une théorie pour
conceptualiser le trouble d'origine traumatique

Article en soumission

CONTENU DE LA 1^{ère} PARTIE :

RECONNAITRE ET CONCEPTUALISER LES TROUBLES DISSOCIATIFS

- 3.3. Introduction à la 1^{ère} partie.
- 3.4. ARTICLE : Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques.
- 3.5. ARTICLE : La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité : une théorie pour conceptualiser les troubles d'origine traumatique.

Synthèse de la 1^{ère} partie

1.1. Introduction à la première partie.

Le premier des articles qui forment cette 1^{ère} partie de la thèse est né d'une remarque d'une collègue médecin psychiatre. Elle venait de recevoir le rapport de l'expert psychiatre concernant un de ses patients qui avait un trouble dissociatif de l'identité (TDI). L'expert concluait que le patient n'avait pas de TDI et pouvait reprendre le travail. Il précisait en outre que le TDI n'était pas un trouble à proprement parlé et qu'il n'y avait aucune preuve de l'existence des TDI. La collègue nous demanda s'il y avait un article en français dont elle pourrait donner les références à cet expert. Nous n'en connaissions aucun. En anglais il existe une riche littérature qui illustre le débat parfois intense sur cette thématique, mais à notre connaissance il n'existe pas d'article qui rassemble tous les arguments qui soutiennent l'existence des TDI et l'intérêt et la validité de ce diagnostic. Nous décidâmes de nous atteler à cette tâche importante : rassembler les études principales pour étudier la question plus en profondeur : sommes-nous faces à des positionnements scientifiques élaborés ou face à des mythes ?

Bien sûr il nous faut garder un esprit scientifique fait de curiosité et de remise en question de nos propres thèses et hypothèses. Mais il faut admettre que, de notre expérience de thérapeute, de superviseur et d'enseignant, les cliniciens qui remettent en question l'existence du TDI se basent sur des assumptions dont la logique nous échappe et sont le plus souvent incapables de citer une étude qui va dans le sens de leurs croyances. Ils se réfèrent le plus souvent à des expressions comme « il est bien connu que... » ou se réfère par exemple au « débat sur les 'faux souvenirs' ». Par contre, dans notre expérience, lors d'expertises de patients TDI, la seule chose qui convainc certains experts, c'est lorsque le patient ou la patiente fait un switch¹ (défini par l'alternance d'un état de personnalité à un autre) bien visible dans un état de personnalité paniqué et fixé sur une expérience traumatique en étant désorienté dans l'ici et maintenant. Là, le voyant de leurs propres yeux, les experts semblent accepter ce que d'autres cliniciens voient dans leur cabinet. Surtout, souvent, les experts semblent paniquer eux-mêmes, ce qui

¹ Quitte à utiliser des anglicismes, nous préférons utiliser le mot anglais « switch » parce qu'il est bref et clair, et aussi utilisé dans la littérature francophone.

est bien compréhensible. Il nous semble que le seul moyen de comprendre ce qu'est un TDI, c'est de le voir de ses propres yeux. Sinon cela reste très abstrait. Donc il est compréhensible d'avoir du mal à concevoir ce que peut bien être un TDI *concrètement*. A cet égard, un document écrit comme celui-ci est insatisfaisant.

Néanmoins le questionnement sur le TDI peut revenir sous l'angle, par exemple de « toute la littérature relative à la création de 'faux souvenir' en contexte thérapeutique » (remarque d'un expert). La littérature sur ce sujet est en fait restreinte comme on le verra dans l'article qui suit.

Tous les spécialistes des TD et du TDI remarquent que ces troubles en particulier font l'objet de croyances infondées qu'il est difficile de contrer. On ne peut rétablir des croyances raisonnables et fondées sur ces troubles qu'à travers des études sérieuses et des conceptualisations rigoureuses. C'est le sérieux du travail des chercheurs et cliniciens sur cette thématique qui peut aider les patients et faire reconnaître leur souffrance singulière. Mais ne nous leurrions pas : admettre l'existence des TD et du TDI en particulier, implique de se confronter aux questions les plus complexes en psychologie, et de se confronter aux pires horreurs que l'être humain puisse faire. De cela nous ne voulons rien en savoir. Nous tous et toutes – en tant qu'êtres humains – nous avons dans notre répertoire comportemental la possibilité d'éviter ce qui est douloureux et nous utilisons cette capacité souvent sans hésiter. Cela nous permet de mieux vivre.

Les champs de la psychologie, de la psychothérapie et de la psychiatrie sont aussi sujets à ce mécanisme. Néanmoins, c'est notre devoir de dépasser cet évitement pour oser regarder la souffrance de ces patients et les événements terribles qui ont provoqué cette souffrance. Et de regarder en face ces troubles si particulier, il est vrai.

Dans cette 1^{ère} partie de notre thèse, nous présentons une revue de la littérature pour répondre aux mythes qui nous semblent revenir le plus souvent dans la pratique clinique :

- Le TDI est en fait de la schizophrénie.
- Le TDI n'existe pas.

- Le TDI se développe sous l'influence des médias et/ou des thérapeutes chez des personnes suggestibles ayant des tendances à l'imaginaire et à l'affabulation.
- L'étiologie du TDI est donc iatrogène et non post-traumatique.
- L'amnésie des récits traumatiques terrifiants que ces personnes rapportent plus tard en thérapie n'est pas possible et de tels récits sont des inventions sans fondement.

Cet article pourrait devenir un article de base pour tout clinicien, en particulier pour ceux ne travaillant pas avec des patients TDI ou croyant ne pas travailler avec de tels patients. Cet article pourrait être utilisé pour répondre à des remarques de certains collègues ou experts.

Dans un second article, nous présentons la théorie de la dissociation structurelle (TDSP, Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010) comme une théorie permettant de conceptualiser les TD et au-delà tout trouble d'origine traumatique. La TDSP s'est imposée en particulier en Europe mais pas seulement. Il semble que la TDSP fasse du sens pour de nombreux cliniciens. Avant elle, la théorie des états du moi (TEM : Watkins & Watkins, 1997) était la théorie sans doute la plus répandue pour conceptualiser les TD. La TEM a beaucoup œuvré pour maintenir vivant le nom de Janet et a développé une pratique clinique extrêmement riche de la thérapie des personnes traumatisées et des TD en particulier. Certes, les fondements théoriques de la TEM sont instables et pas toujours cohérents (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse), mais les techniques développées par les Watkins et leurs disciples (Frederick, 2005 ; Phillips & Frederick, 1995) sont également utilisées par les tenants de la TDSP. La TDSP ainsi que son développement ultérieur proposé par Nijenhuis (2015a, 2017a), nous semble proposer le cadre conceptuel le plus complet et clair, à la fois pour définir la dissociation et pour conceptualiser les TD et clarifier les besoins spécifiques de leur traitement.

Mais commençons par le début : le TDI est-il un trouble en tant que tel ou une légende ?

1.2. ARTICLE: Le trouble dissociatif de l'identité: les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques

Olivier Piedfort-Marin, Geoffrey Rignol, Cyril Tarquinio.

Le trouble dissociatif de l'identité :
les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques.

Annales Médico-Psychologiques (sous presse).

Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques.

Résumé

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) fait l'objet de controverses dans la littérature scientifique et dans la pratique clinique. Cet article relève les principales croyances des cliniciens et les confronte aux études scientifiques sur ce sujet par une présentation des principales recherches des spécialistes du TDI et des opposants à ce trouble. Il résulte de cette revue de la littérature que (1) le TDI est un trouble différent de la schizophrénie ; (2) qu'il existe en dehors de toute influence iatrogène du thérapeute ou des médias ; (3) ces patients ne sont pas particulièrement sujets à la suggestibilité ni à la tendance à l'affabulation ; (4) le TDI apparaît en dehors de tout traitement hypnothérapeutique ; (5) il est le plus sévère des troubles d'origine traumatique ; (6) l'amnésie de traumatismes de l'enfance est un phénomène démontré ; (7) l'étendue des violences physiques et sexuelles extrêmes réalisées par des individus ou des groupes organisés sur des enfants, parfois des bébés, est connue des instances policières et judiciaires.

Mots clés : trouble dissociatif de l'identité ; dissociation ; trauma psychologique ; amnésie ; schizophrénie.

Abstract

Dissociative Identity Disorder (DID) has long been the subject of controversy in scientific literature and in clinical practice. This article identifies the main beliefs of clinicians and compares them to the scientific studies on this subject by presenting the main research of DID specialists and the opponents of this disorder. It results the following from this review of the literature: (1) DID is a different disorder from schizophrenia; (2) it exists independently of any iatrogenic influence of the therapist or of the media; (3) these patients are not particularly prone to suggestibility or fantasy; (4) DID appears outside of any hypnotherapeutic treatment ; (5) it is the most severe of the traumatic disorders; (6) amnesia of childhood trauma is a proven phenomenon; (7) the extent of extreme physical and sexual abuse of children, sometimes infants, by individuals or organized groups, is known to police and judicial authorities.

Key words: dissociative identity disorder; dissociation; psychological trauma; amnesia; schizophrenia.

1. Introduction

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) – anciennement trouble de personnalité multiple – fait l'objet d'une controverse présente à la fois dans la littérature scientifique et dans la pratique clinique. On peut entendre ou lire régulièrement des croyances bien installées à propos de ce trouble qui fait pourtant peu l'objet d'enseignement dans les cursus de formation des psychologues, psychiatres ou psychothérapeutes. Il semble en outre que les recherches les plus récentes sur le TDI soient méconnues par bon nombre de cliniciens. Dans la pratique clinique, des cliniciens rapportent des affirmations sur le TDI qui vont à l'encontre de la pratique des spécialistes des TDI et à l'encontre des recherches. Il semble donc que le TDI fasse l'objet de croyances en contradiction les unes aux autres. Le TDI a fait l'objet de contestations quant à son existence même. Et c'est un fait que ce trouble questionne, d'autant plus qu'il pose la question de ce qu'est la personnalité et la conscience.

Alors que le trouble dissociatif de l'identité fait l'objet d'une description relativement précise et constante dans le DSM depuis sa 3^{ème} version [1], la CIM 10 [72] mentionne encore l'ancien nom donné à ce trouble, le trouble de personnalité multiple. Dans sa 11^{ème} version [73] qui devrait entrer en force en 2022, la section spécifique de la CIM sur les troubles dissociatifs a fait l'objet d'une réorganisation générale et d'une clarification des diagnostics. Le terme de trouble de personnalité multiple disparaît au profit de celui de trouble dissociatif de l'identité (TDI) et fait l'objet d'une description qui reprend les points principaux de celle du DSM-5 [3]. Ainsi les deux manuels diagnostiques internationaux sont maintenant comparables sur un trouble pourtant controversé.

Le DSM-5 [3, p. 346] définit le TDI par la « perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. » Par ailleurs se rajoutent des « trous de mémoires dans le rappel d'événements quotidiens, d'information personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques. » La CIM-10 [72, p. 143] décrit la personnalité multiple comme caractérisé par « l'existence apparente chez une même personne de deux ou plusieurs personnalités distinctes, l'une

d'entre elles seulement se manifestant à un moment donné. Chaque personnalité est au complet, avec ses propres souvenirs, affinités et comportement, parfois très différents de ceux de la personnalité prémorbide (unique). Dans la forme habituelle à deux personnalités, l'une d'entre elles est habituellement dominante, mais les deux personnalités ne connaissent pas leurs souvenirs respectifs et, dans la plupart des cas, ne sont pas conscientes de leur existence réciproque. » Dans la CIM-11, la description est quelque peu différente et rejoint davantage le DSM-5. Le TDI y est caractérisé « par une perturbation de l'identité lors de laquelle il y a deux ou plusieurs états de personnalité distincts (identités dissociatives) associés à une discontinuité marquée du sens du soi et de l'agentivité. Chaque état de personnalité a son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation à soi, son corps et l'environnement. Au moins deux états de personnalité distincts prennent le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu en interagissant avec autrui ou l'environnement, comme dans la réalisation de certains aspects de la vie quotidienne comme le rôle de parent, le travail, ou en réponse à des situations spécifiques (perçues comme menaçantes). Les changements des états de personnalité sont accompagnés d'altérations dans les sensations, perceptions, affects, cognitions, la mémoire, le contrôle moteur et le comportement. Il y a habituellement des épisodes d'amnésie qui peuvent être sévères. » Pour les deux manuels diagnostiques, le trouble doit faire l'objet d'une détresse significative et avoir un impact sur le niveau de fonctionnement. Par ailleurs il faut exclure selon le DSM-5 la possibilité d'effets physiologiques d'une substance ou une autre affection médicale. La CIM-11 décrit les exclusions de manière plus précise : « Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie mentale, comportementale ou neurodéveloppementale, et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'une médication sur le système nerveux central, y compris l'effet de sevrage, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux ou d'un trouble sommeil-éveil. » Il n'est cependant pas clair de quelle maladie neurodéveloppementale il pourrait s'agir.

En résumé le TDI est caractérisé par des changements d'un état de personnalité à un autre, souvent accompagné d'amnésie dans le quotidien. Alors que certains états de personnalité peuvent gérer le quotidien, d'autres sont souvent fixés sur une situation traumatisante ou ont pris un rôle et une fonction spécifiques au sein du système interne dissocié qui forme la personnalité dans son entier [113]. Le TDI questionne sur des aspects fondamentaux de l'être humain :

peut-on vraiment avoir plusieurs états de personnalité distincts qui prennent tour à tour le contrôle sur soi et interagissent avec le monde extérieur ? Peut-on vraiment oublier une partie entière de sa vie ou simplement plusieurs heures de la journée ? Et de manière plus large : comment définir la personnalité et la conscience ?

En deçà de ces questions fondamentales en psychologie, il est nécessaire de poser les fondements de la connaissance au sujet du TDI et de confronter les mythes face aux recherches scientifiques sur ce sujet. C'est l'objet de cet article qui passent en revue les principales assertions au sujet du TDI en les confrontant aux recherches scientifiques. Nous avons choisi de nous concentrer sur les principales assertions formulées dans la pratique clinique et qui sont les suivantes :

- Le TDI est en fait de la schizophrénie.
- Le TDI n'existe pas.
- Le TDI se développent sous l'influence des médias et/ou des thérapeutes chez des personnes suggestibles ayant des tendances à l'imaginaire et à l'affabulation.
- L'étiologie du TDI est donc iatrogène et non post-traumatique.
- L'amnésie des récits traumatiques terrifiants que ces personnes rapportent plus tard en thérapie n'est pas possible et de tels récits sont des inventions sans fondement.

Pour chacune de ces assertions nous allons présenter la littérature scientifique à ce propos et débattre des différents arguments.

2. Double conscience, hystérie et dissociation.

Si cet article n'est pas une revue historique du concept de dissociation, il convient néanmoins d'inscrire le TDI dans la lignée des travaux fondateurs sur ce sujet. Si le terme de dissociation semble avoir été utilisé pour la première fois en 1845 par Moreau de Tours, la première publication d'un cas que l'on classerait aujourd'hui de TDI semble être celle de Charles Despine (1777-1852) [98]. Despine décrit le cas d'une patiente nommée Estelle L'Hardy, et établit un lien entre les présentations cliniques hystériques de la patiente – principalement ce

que l'on nommait à l'époque un dédoublement de la conscience – et un traumatisme infantile. Quelques temps plus tard un cas célèbre de la littérature francophone nous est donné par Etienne Azam (1822-1899), le cas de Félicité X [4]. Azam suivit cette patiente à partir de 1858 et pendant 30 ans. Il décrit le phénomène de « double conscience », avec un état au caractère triste et un autre au caractère enjoué avec amnésie d'un état pour l'autre. Maleval [64] analyse ce cas par l'existence de deux instances moiïques, l'inconscient ne se révélant à nu ni dans un état ni dans l'autre. A. Myers semble avoir été le premier à utiliser le terme de personnalité multiple pour le cas du patient Louis Vivet qui avait plus qu'un *dédoublement* de la conscience [98].

A l'hôpital de la Salpêtrière les travaux de Charcot (1825-1893) sur l'hystérie amène à un intérêt particulier pour cette pathologie et Janet va développer ses travaux pour en faire des descriptions particulièrement riches et précises tant au niveau clinique que conceptuel. Selon Janet, la dissociation – en tant que division de la personnalité – est le symptôme central de l'hystérie. Il décrit l'hystérie comme « une forme de dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité. » [44, p.345]. Par *le rétrécissement du champ de la conscience* Janet décrit « la réduction du nombre de phénomènes psychologiques qui peuvent être simultanément réunis dans une même conscience personnelle » [44, p.339], comme dans le cas d'un somnambule qui a les yeux ouverts et « voit certains objets en rapport avec son idée et non les autres. » On pourrait dire qu'il s'agit d'une attention sélective en lien avec l'idée fixe. *L'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions* fait référence à ce que l'on nomme aujourd'hui états de personnalité distincts ou parties dissociatives.

Les travaux de Janet eurent à l'époque une influence internationale y compris sur les premiers travaux de Freud [32] et sur d'autres cliniciens de l'époque comme Pitres et Régis [78] qui analysèrent certains cas d'obsessions et impulsions sous l'angle d'une dualité hystérique. Aux USA, Prince [80], proche des idées de Janet sur la dissociation, décrit dans le livre au titre évocateur « La dissociation d'une personnalité » le cas de Christine Beauchamp qui avait plusieurs entités de personnalité. Puis avec le développement de la psychanalyse, les travaux de Janet passèrent à l'oubli avant d'être redécouvert récemment en particulier à travers la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité [113].

3. Illustration par une vignette clinique de trouble dissociatif de l'identité

Les anciens auteurs ont décrit avec minutie des cas d'hystérie souvent complexes en tentant de comprendre des troubles que l'on nomme actuellement TDI. Nos observations cliniques mettent en évidence que les présentations cliniques du TDI sont diverses et parfois complexifiées par la présence de comorbidités. Nous aimerions présenter ici une brève vignette clinique à des fins d'illustration pratique où l'on voit les grandes questions qui se posent face à ce trouble et auxquelles nous allons tenter de répondre dans cet article.

Monsieur André W.¹ consulta pour des troubles anxieux et des excès d'alcool. La prise de rendez-vous nécessita trois entretiens téléphoniques. Lors du troisième téléphone, alors que le thérapeute lui rappelle le deuxième entretien, André reste un moment sans voix au bout du fil, dit ne pas s'en souvenir et met cela sur le compte d'un excès d'alcool. Bien que ne connaissant pas encore le patient, lors de ce deuxième entretien téléphonique, le thérapeute n'a pas décelé de signes d'alcoolisation pouvant expliquer une amnésie ; le patient s'est exprimé de façon adéquate et avait des questions élaborées dénotant une difficulté à faire confiance et une certaine appréhension à entamer une thérapie. Lors de la première séance on observe un homme de taille moyenne simple, poli, respectueux, un peu anxieux. Une personne à priori sympathique, sans particularité, sans trait histrionique. Lors de la seconde séance, soudain il semble comme paralysé du bras droit, son visage semble se figer, il semble ne plus regarder son interlocuteur. Le thérapeute demande ce qu'il se passe : « rien » répond-le patient. Pourtant il montre des difficultés à articuler ses mots, à avaler sa salive. Puis ses pieds frottent le tapis comme s'il repoussait quelque chose ou comme s'il souhaitait marcher à reculons. Son buste commence à faire un mouvement de balancier. Sa parole semble bloquée et en même temps on dirait qu'il souhaite parler sans y arriver. Le thérapeute lui dit observer qu'il semble avoir de la peine à s'exprimer et que son corps a des mouvements particuliers. Il répond un « non, ça va » peu convaincant. Puis soudain son buste a des mouvements plus intenses et il semble ressentir de la douleur. Le thérapeute demande à nouveau ce qu'il se passe. D'une voix différente, d'un ton légèrement agressif mais à voix basse comme s'il peinait à articuler : « je veux qu'il se taise. » Le thérapeute demande : « qui doit se taire ? » Quelques secondes plus tard, alors

¹ La présentation clinique de ce cas a été modifiée afin de garantir l'anonymat des patients qui l'ont inspirée. Chaque symptôme a été observé par l'un de nous (OPM) chez un certain nombre de patients pour construire ce cas qui correspond néanmoins à la clinique du TDI.

que les mouvements du torse continuent, d'une voix enfantine : « mais moi je veux parler. » Le thérapeute : « Il y a la volonté de parler et il faut se taire, c'est bien ça ? » Le visage et le torse sont encore sujets à des mouvements de tension avant d'entendre à nouveau « je veux qu'il se taise » puis « je veux parler ». Deux tons de voix légèrement différents mais clairement distincts de la voix du patient en début de séance. Suite à cela une exploration progressive mit en évidence qu'André avait une dizaine d'états de personnalité distincts. Son médecin généraliste, le voyant parfois dans ces états « autres » lui avait posé le diagnostic de schizophrénie et prescrit un neuroleptique qu'André refusa de prendre. Étant donné que certains changements d'un état de personnalité à un autre n'avaient rien de spectaculaire et pouvaient même parfois passer inaperçus, on peut comprendre ses conclusions. Refusant le diagnostic de TDI que le thérapeute avait posé, il envoya le patient consulter un psychiatre afin de clarifier le diagnostic. Celui-ci déclara qu'il ne présentait pas de signe de psychose et laissait au thérapeute traitant le soin d'évaluer la question de la dissociation. André avait en effet la capacité de se présenter comme une personne tout à fait respectable, aimable et apparemment normale.

Lors de l'anamnèse on apprit qu'à l'occasion d'un contrôle médical, des traces d'une fracture importante du bras ont été observées, ce dont le patient ne se souvenait pas. Le patient ne s'attardait pas sur les questions qu'on aurait raisonnablement pu se poser : dans quelles circonstances a-t-il eu cette fracture et comment se fait-il qu'il ne se souvienne pas d'une blessure aussi douloureuse ?

Tout au long de la thérapie, on découvrit qu'André avait un état de personnalité dominant qui gérait le quotidien. Lorsque la personnalité dominante n'avait plus le contrôle exécutif, un autre état de personnalité (ou partie dissociative) venait à la rescousse et pouvait réaliser de nombreuses tâches de la vie quotidienne dans le but d'aider à faire comme si tout allait bien. Enfin d'autres états de personnalité étaient bloqués dans des réviviscences traumatiques et trois autres souhaitaient tuer André et réalisaient des actions dangereuses (scarifications, prise d'alcool avec amnésie, insultes intérieures poussant à des actes auto-dommageables ou au suicide). L'exploration des rôles et actions de chaque partie dissociative mit en avant la difficulté de comprendre certaines parties d'un point de vue phénoménologique, alors que pour d'autres parties les choses pouvaient sembler plus claires. Lors d'hospitalisations aux urgences après des actes auto-dommageables, il pouvait présenter de tels comportements de

panique qu'il se blottissait dans un coin de la pièce, les yeux hagards, sans pouvoir répondre aux sollicitations des soignants.

Lorsque le téléphone du cabinet retentissait, le patient passait à un autre état de personnalité et se réfugiait apeuré derrière son fauteuil. Cette partie put raconter avec des mots simples et répétitifs qu'il avait peur des hommes qui allaient venir. Le reste du récit fort en émotion était celui d'un viol qui était en train d'avoir lieu. Après quelques minutes, on observait un changement et l'André « adulte » revenait à lui, se montrait gêné de se trouver assis par terre derrière le fauteuil et disait ne se souvenir de rien des quinze minutes écoulées. Il continuait la séance comme si de rien était et montrait – certes avec politesse – son agacement lorsque le thérapeute lui demandait de décrire ce dont il se souvenait des minutes précédentes. André dans son état dominant avait pu dire d'une voix détachée qu'il avait régulièrement vécu des violences sexuelles orchestrées par un oncle et des amis de cet oncle lorsqu'il était enfant, mais il n'entrait jamais dans les détails. Il arrivait que ses hommes le droguent de force avant les viols. Le thérapeute émit l'hypothèse que la sonnerie du téléphone était un stimulus conditionnel indiquant que des hommes allaient venir rejoindre l'oncle et cela activait une partie dissociative qui revivait l'événement du viol. Alors que la sonnerie retentit de nouveau en séance et voyant que le patient semblait certes perturbé mais restait dans le fauteuil, le thérapeute crut y voir un progrès thérapeutique.

Thérapeute : Vous avez pu rester dans le fauteuil cette fois-ci.

Patient : Non, je suis allé sur le balcon. (le cabinet donne sur un balcon)

Thérapeute : Ah bon, mais je vous ai vu rester sur le fauteuil.

Patient : Non, je suis allé sur le balcon pour m'y réfugier.

Thérapeute : Vous avez imaginé être allé sur le balcon ?

Patient : Non, je n'ai rien imaginé. J'y suis allé. J'ai traversé les vitres.

On voit ici que cette partie dissociative confond la réalité et ses souhaits. On pourrait y voir des symptômes psychotiques – et d'une certaine manière c'en est – mais on peut aussi comprendre que face à un danger extrême et sans espoir

de fuite, le psychisme veut croire qu'il puisse faire quelque chose. D'un côté l'André « adulte » était fonctionnel, adapté, orienté dans le temps et l'espace, sans troubles de la pensée, et de l'autre un certain nombre de parties dissociatives étaient fixées sur les expériences traumatiques ou imitaient les agresseurs. Certaines de ces parties s'engageaient dans des actions qui laissaient penser qu'elles étaient fortement désorientées, pas seulement de la réalité actuelle, mais aussi parfois de la réalité de l'expérience traumatique – peut-être sous l'effet du stress extrême et/ou des substances ingérées lors des viols. Une thérapie sur plusieurs années eut pour effet de stabiliser le monde intérieur en permettant à certaines parties dissociatives d'être entendues par le thérapeute, à défaut d'être entendues par l'André dans son état de personnalité dominant (ou André « adulte »). Celui-ci profita du soutien psychologique nécessaire pour traverser une période de vie objectivement difficile au niveau professionnel et familial mais il refusa de faire un travail thérapeutique plus spécifique en vue d'intégrer des parties dissociatives. Il préférait ne rien en savoir et arrêta la thérapie aussitôt que les alternances de parties s'arrêtèrent et que les symptômes avaient diminué pour atteindre un niveau qui lui était acceptable.

Cette vignette clinique illustre différentes thématiques autour du TDI, à savoir :

- la difficulté à distinguer TDI et psychose,
- la difficulté à trouver un consensus entre collègues sur le diagnostic de tels patients,
- le défi de comprendre le sens des symptômes produits par des états de personnalité pris dans des réviviscences traumatiques et adoptant des actions de survies qui parfois dépassent l'entendement.
- la question de l'amnésie d'événements passés et dans le quotidien présent.
- la tendance des patients TDI dans leur état de personnalité dominant à éviter le contact avec les états de personnalité fixés sur les expériences traumatisantes,
- la spécificité d'un langage du thérapeute qui exclut tout risque de suggestion, pas seulement pour éviter les reproches de suggestion de la part de collègues, mais aussi parce que c'est le meilleur moyen d'être au plus proche de l'expérience du sujet.

A travers cette vignette clinique nous voyons les défis qui se présentent aux cliniciens qui traitent des patients souffrant d'un TDI. Cet article va reprendre ces grandes thématiques et les étudier à travers la littérature scientifique.

4. Le trouble dissociatif de l'identité est-il de la schizophrénie ?

Les travaux de Janet eurent une influence internationale, y compris sur les premiers travaux de Freud [32]. Quelques années plus tard Bleuler [6] proposa le concept de schizophrénie qui eut lui aussi un retentissement important et que Freud intégra dans son nouveau modèle théorique qui excluait ou diminuait fortement l'impact des traumatismes sexuels sur la psychopathologie au profit du fantasme. A cette même période on observe un intérêt pour la psychose hystérique, trouble qui associerait à la fois présentation psychotique et étiologie dissociative [77]. Les grands auteurs de l'époque comme Janet et Freud s'intéressaient aux délires et hallucinations chez les hystériques et à la difficulté de les distinguer de phénomènes similaires chez les déments précoces. Ce débat disparu avec le déclin de l'intérêt pour l'hystérie [64]. Plus tard plusieurs auteurs s'y sont intéressés comme Hollender [42], ou encore en France, Ey [40, 41], Follin [29] et plus tard Maléval [64], mais cette thématique restera marginale.

Au fur et à mesure que la psychanalyse voyait son influence croître, les travaux de Janet passaient à l'oubli. Par ailleurs la traduction de certains termes de l'allemand au français amena certaines confusions. Ainsi le terme *Spaltung* utilisé par Bleuler eut plusieurs traductions françaises, dont *dissociation* et plus tard *clivage*. Par ailleurs Bleuler s'est fortement basé sur les travaux de Jung, tous deux exerçant à Zurich, alors que le concept de « complexe » de ce dernier était fortement basé sur les travaux de Janet à qui il avait rendu visite à Paris. Avec un regard contemporain, certains cas décrits par Bleuler répondent au diagnostic actuel de TDI [94], ce qui n'est pas étonnant au vu de ce qui précède. Les concepts de dissociation et de schizophrénie se sont développés dans une période riche de l'histoire de la psychopathologie et sans doute avec une influence du concept janetien de dissociation sur celui de schizophrénie de Bleuler.

Les travaux de Bleuler ainsi que ceux de Schneider ont encore aujourd'hui une influence prépondérante sur les manuels diagnostiques officiels. Bleuler [6] a décrit quatre symptômes fondamentaux de la schizophrénie :

- la *Spaltung* des fonctions psychiques avec l'émergence de complexes indépendants qui mettent à mal l'unité de la personnalité (coexistence d'affect, de désirs et de pensées s'opposant)
- Les troubles des associations (perturbation du cours de la pensée) ;
- Les troubles de l'affectivité ;
- L'autisme (perte de contact avec la réalité et tendance à la vie intérieure).

Les hallucinations, les délires, les états confusionnels sont pour Bleuler des effets de la *Spaltung* et ces symptômes accessoires ne sont donc pas l'origine de la maladie mais en seraient les réactions. De nos jours le diagnostic de schizophrénie est pourtant posé sur la seule base de ces signes « accessoires ».

En 1939 Schneider [102] publie une liste de symptômes caractéristiques de la schizophrénie. Il différencie les *symptômes de premier rang* « qualitativement anormaux », permettant de diagnostiquer avec certitude la schizophrénie, et les *symptômes de second rang* « quantitativement anormaux » représentant une exacerbation de phénomènes pouvant être normaux. Les symptômes schneideriens de premier rang (SSPR) furent intégrés aux descriptions diagnostiques modernes de la schizophrénie en suivant presque à la lettre cette citation de Schneider pourtant en opposition aux travaux de Bleuler [102, p. 133-134]: « Lorsque l'un de ces modes d'expérience est indéniablement présent et qu'aucune maladie somatique de base ne peut être trouvée, nous pouvons poser le diagnostic clinique décisif de la schizophrénie. »

La difficulté réside dans le fait que dans le TDI on observe aussi des SSPR, en particulier des voix critiques, des voix d'enfants, des voix parlants entre elles. Chez le TDI, les SSPR sont des signes de la présence d'un autre état de personnalité distinct et/ou des communications entre états de personnalité distincts. Comme les sujets ayant un TDI sont particulièrement phobiques des autres états de personnalité, il est souvent difficile de mettre à jour l'origine dissociative des symptômes schneideriens. Certaines recherches testent si l'on peut différencier le TDI de la schizophrénie sur la base des SSPR ou d'autres symptômes.

Si l'on compare les sujets TDI aux sujets schizophrènes, on remarque des différences importantes quant aux SSPR. Tout d'abord, selon les études, les sujets TDI ont entre 3,6 et 6,4 SSPR [49, 90, 99] alors que dans une étude avec des patients présentant un premier épisode de schizophrénie, ceux-ci en présentaient 0.9 [110]. Les symptômes d'influence passive (activités mentales et somatiques vécues comme « non miennes ») sont plus présents chez les TDI que chez les schizophrènes et davantage accompagnés de croyances délirantes dans la schizophrénie [51, 90, 120].

En outre les hallucinations auditives ne sont pas spécifiques à la schizophrénie et seraient même plus fréquentes dans le TDI [24, 51]. On trouve ainsi des hallucinations auditives chez 80-90% des sujets TDI [24, 91, 99] et chez 47% à 90% des patients avec des troubles dissociatifs mixtes [8, 49, 90]. Des voix conversant entre elles et des voix d'enfants et des voix critiques sont très fréquentes dans le TDI. Dorahy et al. [24] ont trouvé que les voix d'enfant étaient présentes chez 97% des TDI et seulement 6% de son échantillon de schizophrènes, ce qui pourrait donc être un critère de diagnostic différentiel important. Par ailleurs, toujours selon la même étude, les voix commentant et les voix conversant seraient plus typiques du TDI que de la schizophrénie alors que Laddis et Dell [51] ont trouvé des résultats différents à ce sujet. On observe une différence notable entre TDI et schizophrènes : les TDI n'ont pas de croyances délirantes à propos des hallucinations auditives contrairement aux schizophrènes. Ce point serait aussi un signe notable de différenciation diagnostique à prendre en considération.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse à la symptomatologie générale à l'aide de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS ; [46]), on observe que les TDI ont plus de symptômes positifs que les schizophrènes mais moins de symptômes négatifs [26] et ils scorent plus haut que les schizophrènes sur l'échelle de psychopathologie générale de la PANSS.

Quant à la dissociation mesurée par la DES [5], l'outil de mesure de la dissociation le plus utilisé en recherche, on remarque que le niveau de dissociation dans la schizophrénie est systématiquement plus faible que dans les troubles dissociatifs [83], mais plus élevé que chez des sujets contrôles sains. Par ailleurs le score à la DES chez les schizophrènes est fonction des événements traumatiques vécus par les sujets [88].

Entre un quart et la moitié de sujets TDI ont reçu auparavant un diagnostic de schizophrénie qui semble être l'erreur de diagnostic la plus fréquente chez les patients souffrants de TDI [8, 30, 91, 94]. A noter que dans le DSM-IV [2] la seule présence d'une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou bien de plusieurs voix conversant entre elles, suffisait pour poser le diagnostic de schizophrénie, même en l'absence d'autres symptômes typiques comme un discours désorganisé, un comportement grossièrement désorganisé ou de symptômes négatifs. Au vu des recherches que nous avons présentées, on comprend mieux que des patients TDI reçoivent le diagnostic erroné de schizophrénie.

En résumé, les constructions nosographiques de TDI (anciennement une forme d'hystérie) et de schizophrénie se sont développées dans une période très riche de l'histoire de la psychopathologie. Des influences conceptuelles non assumées, des concurrences personnelles, la difficulté de l'époque d'appréhender ces troubles sans outils diagnostiques validés, l'évolution historique différente des concepts de dissociation et de psychose, autant de facteurs amenant à une difficulté actuelle à différencier des troubles qui ont des points communs et des différences dans leur présentation clinique.

A cela s'ajoute une confusion générale autour du concept de dissociation qui s'est fortement éloigné de la définition janetienne. Au niveau des critères diagnostiques, la forte présence des SSPR dans le TDI, alors qu'ils sont considérés de longue date comme typique de la schizophrénie, rend difficile une distinction claire entre le TDI et la schizophrénie sur la seule base de ces symptômes. Deux méta-analyses récentes concluent à un chevauchement important de symptômes entre les troubles du spectre de la schizophrénie et les troubles dissociatifs [59, 88], ce qui ne veut pas forcément dire que ces deux types de troubles ont la même origine ni le même fonctionnement. Si Longden et al. [59] proposent une étiologie sous-jacente commune entre dissociation et symptômes psychotiques, d'autres [52] sont d'un avis opposé et considèrent que les symptômes communs au TDI et à la schizophrénie, y compris certaines hallucinations auditives, sont générés par des mécanismes distincts.

Plusieurs recherches montrent que TDI et schizophrénie peuvent être différenciés au niveau des SSPR. Par ailleurs le niveau de dissociation mesurée par la DES distingue clairement les deux troubles. Enfin l'absence de symptômes

négatifs chez les TDI serait un moyen de les distinguer des patients psychotiques [59]. En outre le SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders : [108]) – outil de référence pour le diagnostic des troubles dissociatifs – permet de distinguer le TDI de la schizophrénie [109, 116].

Nous concluons que le TDI n'est pas de la schizophrénie, que les deux troubles peuvent être différenciés, à la fois par des outils d'évaluation de la schizophrénie et des outils d'évaluation des troubles dissociatifs, mais la confusion entre ces deux troubles est compréhensible au regard de l'historique des concepts sous-jacents. Davantage d'études sont nécessaires pour aider les cliniciens à différencier correctement le TDI et la schizophrénie.

5. Le trouble dissociatif de l'identité existe-t-il vraiment ?

Certains auteurs considèrent que le TDI n'est rien d'autre qu'une construction et/ou une simulation et donc que, de fait, ce trouble n'existe pas. Le modèle socio-cognitif (MSC) rassemble les théories expliquant ce « prétendu » TDI. Le MSC explique le TDI comme un syndrome qui consiste en l'affichage de multiples rôles qui ont été créés, légitimés et maintenus par le renforcement social [54]. Le MSC propose que l'apparition du trouble serait dû à des influences socioculturelles (médias ou religions) [54, 106], à des psychothérapies suggestives, à des tendances à l'affabulation, des dysfonctionnements cognitifs, et/ou à un haut niveau de suggestibilité [35, 66].

5.1. Une influence des médias ?

A propos de l'influence des médias, on note en effet une augmentation du nombre de cas aux États-Unis après la publication du roman *Sybil* de Schreiber en 1973 [103], qui raconte la vie d'une patiente TDI, et après la sortie de son adaptation cinématographique en 1976 [75]. C'est à cette période que le nombre de cas de TDI a drastiquement augmenté dans la littérature scientifique en comparaison des décennies précédentes [7, 15, 38, 81]. Certains [74, 79] en concluent que le TDI ne fut qu'une mode pendant une période de temps relativement restreinte avant que le TDI ne décline dans les années 1990.

Néanmoins on observe la présence de TDI dans des pays ou régions où la littérature sur ce domaine est inexistante [54, 121]. Il est probable que des patients atteints de TDI aient toujours existé, parfois sous d'autres dénominations diagnostiques, comme en témoignent des descriptions rapportées depuis plusieurs siècles, comme le cas d'Anna. O. [32]. Le livre et le film autour du cas dénommé Sybil a sans doute favorisé – en tout cas aux USA – la communication sur ce trouble méconnu et amené à des diagnostics de personnes jusqu'alors traitées pour des symptômes secondaires au TDI. Parallèlement à cela néanmoins, on observe que la littérature spécialisée a commencé à foisonner sur ce sujet dès les années 1980. Les spécialistes observaient néanmoins dans les années 1980 [50, 81] que des patients TDI font souvent face à des erreurs diagnostiques sur une moyenne de six ans avant d'être finalement diagnostiqués de TDI.

Avoir vu un film ou lu un livre sur une personne ayant un TDI suffit-il à connaître le TDI et à pouvoir faire semblant d'en avoir un ? Dell [20] fit une étude intéressante à cet égard. Avec un large échantillon de 220 sujets diagnostiqués TDI, il investigate 23 symptômes. Les patients TDI en comptent en moyenne 20,2. Cependant Dell atteste que parmi l'ensemble de ces symptômes, 15 sont latents (ou invisibles), inconnus des médias, du grand public mais aussi de la majorité des professionnels du milieu de la santé, alors qu'ils apparaissent chez 83% à 95% des personnes souffrant de TDI. Il est par ailleurs reconnu que les personnes TDI ont tendance à minimiser leurs symptômes [93] et que les présentations spectaculaires du TDI sont rares [36]. Le plus souvent les symptômes sont cachés des patients qui en ont honte. Ces dernières années plusieurs films ont mis en image des individus TDI, il ne semble pourtant pas qu'il y ait eu une recrudescence de consultation pour un TDI.

En conclusion l'influence des médias peut permettre de mettre en lumière un trouble méconnu, comme pour tout autre phénomène de société, comme récemment l'étendue des violences et harcèlements sexuels. Les médias ont permis de faire connaître au grand public des troubles médicaux et psychiatriques les plus divers. Des personnes concernées ont pu alors se tourner vers un spécialiste pour chercher de l'aide. Par autant on n'en a pas conclu que le diabète ou les troubles obsessionnels compulsifs n'était qu'une chimère. Il peut arriver que certaines personnes avec un trouble de personnalité tentent de simuler un TDI, qui est un trouble tentant, par exemple pour une personnalité histrionique qui souhaiterait attirer l'attention avec quelque chose de spectaculaire. Il nous

semble néanmoins difficile d'en tirer la conclusion que le TDI soit toujours le résultat d'influence des médias.

5.2. Un trouble iatrogène ?

La possibilité que certains thérapeutes suggèrent à certains de leurs patients qu'ils ont un TDI doit être prise au sérieux. Spanos [106] considère l'influence iatrogène comme majeure tandis que pour les spécialistes du TDI (p.ex. [93]), elle est mineure. En outre Gleaves [36, p. 42] soutient d'ailleurs l'idée qu'« aucun trouble n'est entièrement ou pas du tout iatrogène ». Selon Lilienfeld et al. [54], la possibilité d'un terrain psychopathologique antérieurement à l'intervention du professionnel n'est pas à exclure dans les cas d'un effet iatrogène. Le fait que la présentation clinique du TDI devienne plus explicite après le début du traitement incite les partisans du MSC à voir ce trouble comme induit par le thérapeute qui profiterait, la plupart du temps inconsciemment, des défaillances cognitives du patient, de son haut niveau d'imagination et de suggestibilité.

Concernant la suggestibilité de ces patients, les études permettent de conclure qu'il n'y a pas de corrélation ou seulement une faible corrélation entre la dissociation mesurée par le DES et la suggestibilité, indépendamment de l'outil utilisé pour l'évaluée ; la dissociation représente 1% de la variance de la suggestibilité dans ces études, et il y a un rôle entre trauma et dissociation [18-19].

L'utilisation de l'hypnose avant le diagnostic ou pendant le traitement a été considérée comme une influence iatrogène. L'induction hypnotique de l'existence d'états de personnalité distincts a été suggérée à des sujets sains mais la durée de cette induction est brève et n'amène pas à des symptômes de longue durée [106]. Par ailleurs il ne semble y avoir aucune différence dans la présentation clinique de sujets TDI selon qu'on a utilisé ou pas l'hypnose pour le diagnostic et le traitement [81].

Loftus et Ketcham [58] rapportent des cas où on est raisonnablement en droit de se questionner sur le caractère iatrogène de cas de TDI. Ces auteurs relient cela à une recherche exagérée par certains thérapeutes de possibles maltraitances dans l'enfance, en particulier des violences sexuelles intrafamiliales,

amenant à la création de « faux souvenirs ». Comme dans toutes les professions, certains psychothérapeutes sont moins bons que d'autres. Il serait inadéquat de le nier ou de le passer sous silence. Par ailleurs il peut y avoir des incompréhensions diagnostiques chez certains cliniciens et une mauvaise gestion du contre-transfert, point délicat dans les thérapies de patients ayant vécu des maltraitances ou avec des patients présentant un trouble de personnalité. En l'état actuel des connaissances, il s'agit de cas isolés en lien avec des procès, principalement aux USA, où s'opposent ceux qui croient à l'apparition de souvenirs précédemment amnésiés, et ceux qui considèrent cela comme des faux souvenirs induits par le thérapeute. Cela a amené au concept de « syndrome de faux souvenirs ». Les procédures judiciaires « à l'américaine » ne favorisent sans doute pas l'observation minutieuse et scientifique de possibles cas de TDI d'origine iatrogène. Brand et al. [10] soulignent qu'aucune preuve ne suggère qu'un traitement inapproprié crée le TDI.

La présentation clinique du TDI deviendrait plus évidente après le début du traitement [50] principalement parce que de nombreux patients TDI n'ont pas conscience de leur trouble auparavant [50, 82, 93], ce qui est compréhensible puisque ce trouble est méconnu. Si l'on considère que le TDI est un trouble iatrogène, alors la symptomatologie devrait s'aggraver avec le traitement donné par des spécialistes du TDI. Néanmoins l'étude de Myrick et al. [69] montre qu'un traitement par phases comme recommandé par l'International Society of Trauma and Dissociation [43] profitent aux patients souffrant de troubles dissociatifs sévères avec une amélioration du fonctionnement global ainsi que de la plupart de la psychopathologie. Ceci étant dit, des spécialistes du TDI [28, 111] ont depuis longtemps mis en garde contre une possible aggravation iatrogène du TDI lorsque des interventions suggestives du thérapeute – sous l'influence d'une certaine fascination pour le trouble – favorisent la « création » d'un état de personnalité distinct supplémentaire chez un patient TDI.

5.3. Une tendance à l'affabulation ?

Selon certain nombre d'auteurs [35, 66, 67] la dissociation est un phénomène psychique sans lien avec des traumatismes ou stressseurs. Ils considèrent que les récits de traumatismes que font les personnes TDI sont principalement des exagérations ou des affabulations dues à une tendance à

l'affabulation, à l'imaginaire, à la suggestibilité ou à des distorsions cognitives [18] et la propension à l'affabulation serait corrélée au développement de pseudo-souvenirs. La position de Lynn et al. [61] n'est pas que la dissociation donne lieu à des tendances à l'affabulation, des distorsions cognitives et de la suggestibilité, mais au contraire il y aurait un chevauchement entre ces caractéristiques et la dissociation, pourtant les études montrent qu'il n'y aura pas de lien entre la dissociation et la suggestibilité [18-19]. La rêverie ainsi que l'imagination sont des processus normaux que tout un chacun expérimente au quotidien. Le fait d'énormément fantasmer n'est pas pour autant un signe de psychopathologie sous-jacente selon Merckelbach et Muris [67]. Silva et Kirsch [104] ont étudié le lien entre dissociation, tendance à l'imagination et suggestions hypnotiques. Il en ressort que la suggestibilité était prédite par la tendance à l'imaginaire mais pas par la dissociation. Comme le DES inclut de nombreux items se référant à l'absorption (la capacité à faire une action tout en étant dans un état de rêverie non pathologique), il n'est pas étonnant que l'on trouve des corrélations entre le DES et différentes mesures de la tendance à la rêverie et l'imaginaire [18]. Ces études sont donc difficilement exploitables. Par ailleurs la tendance à l'imaginaire comme possible médiateur entre trauma et dissociation s'avère négligeable dans une étude sur des patients souffrant d'un trouble dissociatif somatoforme [112], ce qui amène les auteurs à conclure que les résultats précédents étaient sans doute un artefact dû à des groupes de sujets étudiants et non de sujets cliniques. En outre dans une étude sur les souvenirs réprimés de violences sexuelles de l'enfance, les tenants du MSC Geraerts et al. [34, p. 1143] concluent qu'ils n'ont trouvé « aucun soutien à l'idée que les symptômes dissociatifs peuvent être entièrement dépendants de la tendance à l'imagination. »

Alors que la plupart de ces études sont réalisées sur des populations d'étudiants, Nijenhuis et Reinders [71] ont mesuré les tendances à l'imaginaire par le Creative Experiences Questionnaire (CEQ [66]) chez 42 femmes TDI diagnostiquées avec le SCID-D [108]. Les auteurs ont remarqué que certains items augmentaient le score au CEQ de manière inéquitable pour les patients TDI par des questions typiques des évaluations diagnostiques du TDI et du trouble de stress post-traumatique. Néanmoins, ce groupe de femmes TDI avait un score moyen au CEQ inférieur à celui d'acteurs amateurs, de visiteurs réguliers de conférences sur des phénomènes paranormaux, et de participants à des jeux de rôles historiques, mais aussi de patients avec un trouble de personnalité

borderline. En outre le score moyen au CEQ de ces TDI était comparable à celui d'étudiantes et d'employés d'université.

Dans leur enfance, les patients TDI ont pu faire appel à l'imaginaire pour faire face aux traumatismes répétés, comme le remarquent les psychothérapeutes spécialisés. D'ailleurs, à partir d'une méta-analyse Dalenberg et al. [18] concluent que c'est davantage la dissociation et le traumatisme qui ont un impact certain sur la tendance à l'imagination, et non l'inverse. Il est donc difficile de conclure que les individus TDI aient une tendance à l'imaginaire problématique et il est dès lors difficile de leur attribuer cela comme explication de leur pathologie.

Enfin des études récentes en neuro-imagerie [85-86, 101, 102, 114] ont comparé des sujets TDI évalués à l'aide du SCID-D avec des comédiens à qui on a expliqué le fonctionnement des patients TDI en leur demandant d'imiter ce trouble. Les résultats ont montré que les réponses au niveau cérébral à des stimuli affectifs différaient selon les différents états de personnalité des sujets TDI, ce que ne purent pas simuler les comédiens. A l'état de repos les différences dépendantes des états de personnalité des TDI sont différentes des états de personnalités simulés par des comédiens. Dans une étude similaire Reinders et al. [85-86] ont pris des sujets contrôles sains ayant un score élevé au questionnaire de créativité CEQ de Merckelbach et al. [66] pour les comparer à des sujets TDI. Les deux groupes de sujets avaient des réponses cérébrales différentes à la lecture d'un texte traumatique et d'un texte neutre. Ces études ne soutiennent pas le modèle socio-cognitif du TDI.

Nous concluons par la constatation qu'il n'existe pas de preuve tangible que le TDI soit le fruit d'un imaginaire ou d'une propension à l'affabulation ou encore d'une influence des médias. Au contraire, il semble que les sujets TDI aient une propension à l'imaginaire dans la norme. Une origine iatrogène du TDI n'a pas non plus été prouvée. Il convient de préciser un problème central dans ces recherches : les tenants de l'inexistence du TDI en tant que catégorie diagnostique testent leurs hypothèses le plus souvent sur des étudiants, et en tout cas pas sur des sujets TDI puisque selon eux ces sujets n'existent pas. En outre ils utilisent le DES comme mesure de la dissociation, tout en affirmant que la dissociation est un phénomène universel sans origine traumatique, alors que le DES est construit sur l'hypothèse d'une origine traumatique de la dissociation sévère. Dans une logique surprenante, ils refusent l'idée d'une dissociation sévère tout en utilisant

comme instrument de mesure le DES alors que les sujets TDI y ont les scores les plus élevés. Il revient aux spécialistes du TDI de prouver que leurs patients TDI ont bien un TDI. Nous n'entrerons pas ici dans un débat philosophique sur la preuve de l'existence des choses et des êtres. Néanmoins nous attirons l'attention sur le fait que les spécialistes du TDI sont conscients qu'une minorité de patients consultent en prétendant avoir un TDI qu'ils n'ont pas [18, 25]. Différents outils diagnostiques permettent d'ailleurs de différencier les TDI des simulateurs (avec le SCID-D : [18]; avec le MMPI-2 : [11]). Il n'est pas impossible que certains psychothérapeutes soient trop suggestifs avec certains de leurs patients et qu'il en résulte un diagnostic erroné de TDI. Il nous semble que la formation des professionnels sur le TDI est la meilleure mesure pour éviter ce risque. A l'inverse il existe aussi le risque d'une non-reconnaissance des phénomènes dissociatifs les plus sévères, ce qui est une origine iatrogène du non-diagnostic de TDI. Ce point est un souci majeur en santé mentale avec des coûts importants.

6. Le TDI est-il un trouble d'origine traumatique ?

Alors que les spécialistes du TDI considèrent les traumatismes répétés de l'enfance associés à la négligence comme l'origine centrale du TDI [21, 113], certains auteurs soutiennent qu'il n'y a pas de preuves solides de cela [47, 54, 61, 62]. Les partisans du MSC critiquent en particulier la rigueur méthodologique de certaines études. Selon Giesbrecht & al. [35] aucune étude épidémiologique solide ne permet de vérifier la relation entre traumatisme et troubles dissociatifs. Il est vrai que les études existantes sont majoritairement rétrospectives et basées sur l'auto-déclaration par les sujets de leurs propres événements traumatiques ou alors sur des études prospectives basées uniquement sur des échantillons non-représentatifs [37, 63]. Les lacunes les plus importantes de ces recherches seraient que les déclarations de traumas de l'enfance s'appuient sur des souvenirs datant de l'enfance, ce qui est considéré comme problématique par les tenants du MSC en raison de la malléabilité de la mémoire qui serait vulnérable à la suggestion [58]. Nous avons vu plus haut la faiblesse de l'hypothèse de la suggestibilité des patients TDI.

Les tenants du MSC ne sont pas hermétiques à l'idée de traumatismes infantiles comme étiologie du TDI et admettent que les traumas pourraient provoquer une prédisposition à des traits psychologiques comme la

prédisposition à l'imagination [60], ce qui augmenterait la réceptivité des sujets aux influences externes. Néanmoins une autre équipe de chercheurs [34] admet ne pas avoir trouvé de soutien à l'idée que les symptômes dissociatifs seraient entièrement dus à la prédisposition à l'imaginaire, et Merckelbach et al. [68] s'ouvrent finalement au MPT. Lynn et al. [61] concèdent que le trauma peut avoir un effet sur la dissociation, avec des influences indirectes par des difficultés de sommeil et des troubles de la régulation émotionnelle. Il faut souligner que ces derniers symptômes sont des symptômes typiques du trouble de stress post-traumatique.

A l'opposé, le modèle post-traumatique (MPT) postule que le TDI est une réaction post-traumatique sévère à la suite de traumatismes souvent chroniques de l'enfance [36, 76, 82, 113]. Ce modèle postule que suite à des traumatismes, la personnalité peut se diviser en plusieurs parties (ou états de personnalité ou alters), une partie continuant à gérer le quotidien alors que d'autres parties restent fixées sur le(s) traumatisme(s) ou certains éléments de traumatisme(s). Certaines de ces parties fixées sur le traumatisme peuvent atteindre un degré élevé d'autonomie en prenant le contrôle exécutif sur le corps et le psychisme pendant une certaine durée. Dans des cas sévères et rares, la gestion du quotidien peut être réalisée par plusieurs parties. Le TDI serait ainsi la forme la plus sévère de division (dissociation) de la personnalité, avec un ou plusieurs états de personnalité distincts prenant tour à tour le contrôle de l'agentivité.

Cette hypothèse a fait l'objet de recherches en neuro-imagerie en comparant le TDI avec le trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'origine traumatique du TSPT n'est pas remise en question dans la littérature. Il est vrai que le plus souvent ce sont des traumatismes récents qui sont imputés au TSPT et que la réalité de ces traumatismes peut donc être prouvée facilement. Une étude récente de Chalavi et al. [14] a montré que TSPT et TDI avaient des anomalies similaires (matière grise corticale plus petite au niveau du cortex frontal, temporal et insulaire) comparé à des contrôles sains. Par ailleurs les sujets TDI avaient un dorsal striatum plus grand et un hippocampe plus petit. On connaît le lien entre traumas de l'enfance, TSPT et un volume réduit de l'hippocampe [45, 48, 105] ainsi que le rôle des hormones de stress dans la destruction des cellules hippocampales. Par ailleurs, l'étude de Chalavi et al. [14] a montré qu'un volume plus petit de l'hippocampe chez le TDI et le TSPT est lié à une histoire de trauma de l'enfance, apportant des preuves neuro-anatomiques aux observations cliniques et indiquant une étiologie liée à des traumatismes sévères de l'enfance

pour le TDI. Par ailleurs cette étude conclut que le TDI est étroitement lié au TSPT et que ces deux troubles sont des troubles d'origine traumatique. Le TSPT serait le trouble le moins sévère et le TDI le trouble post-traumatique le plus sévère.

En résumé, il est clair que les rapports subjectifs de patients TDI, des années voir des décennies après les événements traumatiques rapportés, peuvent être sujets à caution. Il en est de même pour toutes les études rétrospectives sur la part de traumatismes infantiles dans la psychopathologie quelle qu'elle soit. De manière étonnante, c'est sur le TDI que les critiques s'avèrent les plus virulentes. S'il faut des études prospectives pour établir de manière certaine le lien entre traumas infantiles et TDI, alors cette quête sera inaboutie de par la difficulté de réaliser de telles recherches.

Nous concluons par le constat que les études les plus récentes et les plus poussées (en neuro-imagerie) confirme que le TDI est un trouble d'origine traumatique et qu'il se situe à l'extrême d'un continuum des troubles d'origine traumatique.

7. L'amnésie dissociative existe-t-elle ?

Un critère important du TDI dans le DSM-5 [3] est la présence d'amnésies pour des activités du quotidien et/ou pour des événements passés. Comme nous l'avons vu plus haut ces amnésies d'événements du passé, pas seulement mais souvent traumatisants, peuvent se lever à l'âge adulte, souvent mais pas seulement pendant le cours d'une thérapie. La dénomination d'amnésie *dissociative* se réfère à l'étiologie dissociative de l'amnésie, en ce sens que le souvenir est comme encapsulé en mémoire par un effet d'évitement mental de long terme. Cette compartimentation correspond à une dissociation structurelle d'origine traumatique [113]. Pour certains l'amnésie ne peut exister : il s'agirait du silence que veulent garder certaines victimes sur des faits vécus, ou il s'agirait d'oublis, voire d'oublis volontaires. Par « oubli » les contradicteurs de l'amnésie veulent dire que les personnes qui auraient une amnésie pourraient en fait se rappeler aisément de l'événement traumatisant vécu si on les y aidait. De manière étonnante le danger de suggestion ne semble ici pas leur poser problème. L'argument central des contradicteurs au concept d'amnésie est bien résumé par

Laurence [53, p. 187] qui considère que « plus les événements vécus sont importants, plus nous nous rappelons les éléments centraux de ces événements. Certains détails peuvent nous échapper, mais le cœur du souvenir est en général exact. » Dans cette logique, les événements traumatisants sont considérés comme des événements importants qui dès lors ne peuvent pas être oubliés.

Les études qui disent confirmer que l'amnésie dissociative n'existe pas sont des études sur la mémoire dans des situations soit normales soit associées à un léger stress avec tentative d'implantation d'éléments mnésiques inexacts, dont de nombreuses études sur des rappels de listes de mots [33, 56, 57, 115]. Ces études sur la mémoire ont tendance à démontrer que la mémoire est faillible et influençable par des suggestions, ce dont personne ne doute en fait. Dans une logique qui nous échappe, ces études sont utilisées pour combattre le TDI et l'amnésie dissociative. Il est bien sûr impossible de reproduire en laboratoire un viol ou des viols multiples et de tester ainsi la mémoire de tels événements.

Les études rétrospectives de Briere et Conte [12] et de Herman et Schatzow [39] ont trouvé des taux d'amnésie pour des événements de l'enfance (jusqu'à 18 ans) dans respectivement 59% des cas (sur 450 sujets TDI), et 28% des femmes (sur 53) de leur échantillon. Comme il s'agit de patient-e-s ayant recouvré la mémoire d'événements traumatiques le plus souvent en thérapie, cette étude peut tomber sous l'argument que la thérapie ou le thérapeute ont pu influencer le ou la patiente. L'étude d'Elliott et Brière [27] auprès d'un échantillon non clinique arrive à un pourcentage de 20% d'amnésie totale et de 42% d'amnésie partielle sur la base de questionnaires papier. Les sujets rapportent une recrudescence de symptômes post-traumatiques dans la période où les souvenirs de violences sexuelles ont émergé. Dans une étude sur 105 femmes traitées pour des abus de substances, Loftus et al. [55] a pourtant trouvé que 19% d'entre elles rapportait avoir été incapables à un moment donné de leur vie de se souvenir des violences sexuelles vécues dans l'enfance avant de s'en rappeler plus tard. Dans la recherche de Wilsnack et al. [119] auprès d'une population non clinique de 711 femmes, ce chiffre est de 25%. Dans cette étude 1,8% des femmes ayant eu une amnésie des violences sexuelles vécues dans l'enfance ont retrouvé ce souvenir avec l'aide d'une psychothérapeute, ce qui est un phénomène marginal par rapport aux victimes qui disent avoir eu une amnésie et avoir retrouvé le souvenir des violences plus tard. On remarque qu'à ce sujet les différentes études ont des résultats convergents, y compris l'étude menée par Loftus [55] qui soutient le MSC.

Williams [118] s'est intéressée au rappel mnésique de violences sexuelles auprès d'une population non-clinique à l'aide d'entretiens structurés. Cette étude bien menée au niveau méthodologique se base sur des constats médico-légaux et policiers réalisés auprès d'enfants et adolescents qui ont vécu des violences sexuelles 17 ans plus tôt. Ces personnes sont contactées pour le motif d'une recherche prétexte sur la santé des femmes. 129 femmes âgées de 18 à 31 ans ont accepté d'y participer après exclusion de l'étude de quelques cas peu ou pas crédibles. Si les sujets ne se souvenaient pas de l'agression documentée, elles étaient tout de même considérées comme ayant un souvenir de cet événement si elle mentionnait une autre agression sexuelle par le même agresseur, avant ou après l'agression documentée. 38 % des femmes ne se souvenaient pas de l'agression sexuelle documentée dans leur enfance, ni d'un autre fait de violence par le même agresseur. L'idée selon laquelle ce sont les violences sexuelles survenues avant l'âge de 4 ans qui sont le plus souvent oubliées ou amnésiques est battue en brèche. Ainsi, pour les abus documentés ayant eu lieu dans la période de 0 à 3 ans, 45% des participantes s'en souvenaient 17 ans plus tard (et 55% l'avait oublié). La part d'amnésie diminue de moitié pour les femmes qui ont été abusées après l'âge de 7 ans. Parmi les femmes ne se rappelant pas de l'agression documentée, 35 % mentionnèrent d'autres abus sexuels commis par un membre de leur famille. Il est donc possible de se souvenir d'un acte de violence sexuelle mais pas d'un autre. Vu la faible visibilité, la stigmatisation et le tabou dans la société américaine des années 1970 à propos des violences sexuelles sur les enfants, l'idée d'inventer des faits de violences sexuelles lors de la consultation à l'hôpital n'est pas retenue par l'auteur, en réponse au MSC qui voit dans le TDI une influence possible des médias. A notre connaissance cette étude n'a pas été reproduite alors qu'elle semble être la seule à avoir été réalisée sur une population non-clinique. Comme c'est auprès d'échantillons non cliniques qu'on aura le moins d'influence possible de thérapeutes ou de traitements, cette étude ne peut cibler spécifiquement les TDI. Indépendamment de cela, il semble bien que l'amnésie à l'âge adulte de violences sexuelles vécues dans l'enfance existe. Des analyses statistiques de régression logistique montrèrent que la proximité à l'agresseur (indépendamment de l'âge lors de l'agression sexuelle) est un facteur affectant la mémoire de l'événement : plus la relation à l'agresseur est proche, plus la possibilité est grande d'oublier l'agression à l'âge adulte. L'usage de la force lors de l'agression a aussi un effet négatif sur le souvenir de l'événement. Ainsi ce sont des facteurs psychologiques qui influenceraient la mémoire, plus que l'âge.

De manière intéressante cette étude voulant étudier l'amnésie de traumas sexuels de l'enfance démontre que l'on peut à contrario se souvenir à l'âge adulte d'événements qui se sont passés avant l'âge de 3 ans, certaines participantes à l'étude ayant par ailleurs donné des détails très personnels de leurs expériences précoces. Jusqu'alors on pensait qu'un enfant ne pouvait se rappeler que de faits vécus après l'âge d'environ quatre ans, âge du développement de la mémoire explicite ou autobiographique narrative, qui nécessiterait un développement suffisant du langage [70]. Cette croyance est sans doute encore fortement ancrée dans le public et parmi les professionnels.

A cet égard il ressort de plusieurs études en neuro-imagerie sur des patients présentant une amnésie dissociative [9, 107] que l'amnésie dissociative impliquerait non pas un mauvais stockage mnésique ou une absence de mémorisation mais plutôt un échec de la récupération et « la désactivation chez certains patients souffrant d'amnésie dissociative d'un réseau neuronal responsable du traitement émotionnel de la mémoire autobiographique » [13, p. 205]. Cela confirme les différentes approches théoriques de la dissociation d'origine traumatique (p.ex. : [113]) selon lesquelles le sujet TDI s'est construit en tentant d'éviter la réviviscence des souvenirs traumatiques (répétés) lors des années de développement et ensuite à l'âge adulte. Peut s'en suivre une amnésie plus tard à l'âge adulte et la thérapie pourra aider le sujet à dépasser l'évitement mental pour se réapproprier ses expériences vécues. A cet égard les contradicteurs de l'amnésie ont partiellement raison lorsqu'ils avancent que les sujets pourraient se rappeler des souvenirs oubliés si on les y aidait. Néanmoins c'est une thérapie spécialisée non suggestive qui pourra peut-être permettre aux patients de se reconnecter aux souvenirs amnésiés, dans le cadre plus général d'une thérapie globale des symptômes de TDI.

Enfin plusieurs études réalisées dans les années 1990 rassemblent des cas où des preuves ont permis de confirmer des violences sexuelles de l'enfance rapportées par des patientes adultes [16, 18, 117].

En conclusion les études sont particulièrement rares sur un sujet pourtant sensible. Il ne sous semble pas adéquat d'utiliser des études de laboratoire sur la mémoire en situation de stress léger ou sur le rappel d'une liste de mots pour tenter de démontrer que l'amnésie d'événements traumatiques sévères de l'enfance n'existerait pas. Il importe aussi de ne pas confondre « faux souvenirs »

et erreur mnésique [22]. Par ailleurs les recherches générales sur la mémoire ne nous semblent pas applicable à toutes les populations cliniques. Les recherches à disposition démontrent que l'amnésie dissociative est un phénomène humain fréquent chez les personnes ayant vécu des violences sexuelles de l'enfance, et que le rappel lors d'une psychothérapie de souvenirs de violences sexuelles précédemment amnésiés n'est pas fréquent mais réel. Les études en neuro-imagerie peuvent expliquer ce phénomène et confirmer ainsi les théories psychologiques sur l'amnésie dissociative.

8. Les récits horribles des patient-e-s ayant un TDI sont-ils sans fondement ?

Les personnes souffrant d'un TDI rapportent avoir vécu des événements traumatisants particulièrement graves et répétés dans l'enfance. Si certaines personnes ont gardé en permanence le souvenir de ces événements, il est très fréquent que des personnes ne se souviennent de ces événements que tardivement et souvent lors d'une psychothérapie. Est alors apparu un débat sur l'émergence de possibles « faux souvenirs » chez ces patients, certains considérant qu'oublier de tels événements est impossible de par leur gravité, et que les récits sont tellement édifiants qu'ils ne peuvent pas refléter la réalité, tels des violences sexuelles ritualisées sur des enfants, voire sur des bébés, des meurtres d'enfants, parfois dans des groupes organisés autour de rituels dits « sataniques ». Alors que les tenants du « syndrome des faux souvenirs » considèrent que ces souvenirs ont été implantés en mémoire par des suggestions de thérapeutes et l'influence de médias, il ne leur vient pas à l'esprit que l'inverse put être vrai, à savoir que l'inexistence de tels crimes, l'innocence des auteurs présumés puissent être le fait de suggestions (internes ou externes) [97].

De tout temps les chiffres concernant les agressions sexuelles, d'autant plus sur les enfants, ont fait l'objet de batailles, fascination et déni. Par exemple le manuel de psychiatrie avec lesquels les psychiatres nord-américains ont été formés dans les années 1980 présentaient une prévalence de l'inceste d'un pour un million [31]. De nos jours nul n'adhérerait à ce chiffre qui illustre sans doute le tabou de l'inceste et des violences sexuelles de manière générale à cette époque.

Les technologies modernes ont également conquis les pédophiles qui peuvent ainsi se mettre en réseau plus aisément. Les actes de violence et de

barbarie sont ainsi photographiés et filmés, puis partagés avec d'autres pédophiles par internet. Les preuves sont ainsi produites par les criminels eux-mêmes. La presse se fait parfois l'écho d'arrestations de groupes pédophiles. Ainsi en aout 2016 Europol coordonna une opération policière, amenant à l'arrestation de 75 suspects de toute l'Europe, membres d'un vaste réseau pédophile qui produisait et partageait du matériel vidéo présentant des crimes sexuels sur des enfants. La porte-parole de la Police Fédérale Suisse, qui avait un rôle important dans cette opération, déclara que dans cette affaire les violences sexuelles impliquent « des enfants de tous âges, y compris des bébés et des enfants de moins de 18 mois ». Elle rajouta aussi que des violences sexuelles sur des enfants si jeunes se voient « dans toutes les enquêtes de pédo-criminalité aujourd'hui » [65].

Quelques mois plus tard la police norvégienne annonçait l'arrestation de 51 personnes impliquées dans un « réseau pédophile considéré comme un des cas de violences sexuelles sur des enfants le plus important de l'histoire du pays » [thelocal.no, 21 novembre 2016]. La police norvégienne déclara lors d'une conférence de presse sur cette opération dénommée *Darkroom* la saisie de « 150 téraoctets de matériel sous la forme de photographies, vidéos et transcriptions de messages entre les membres de plusieurs réseaux pédophiles ». Ce matériel prouve « la pénétration de jeunes enfants (moins de 18 mois), des enfants attachés, des enfants ayant des rapports sexuels avec des animaux et des enfants ayant des rapports sexuels avec d'autres enfants ». Par ailleurs certaines vidéos diffusées en direct sans enregistrement avaient pu être observées par les enquêteurs et montraient des violences et des « atrocités » réalisées par certains suspects sur leurs propres enfants. Cette conférence de presse ne fut pas reprise par la presse française mais par le très sérieux journal suisse *Tages Anzeiger*. Le travail de cette enquête fut présenté par la cheffe investigatrice H. Reikrås lors du congrès de l'ESTD – European Society for the Study of Trauma and Dissociation en 2017 [84].

La base de données d'images *International Child Sexual Exploitation (ICSE)* est gérée par Interpol et rassemble les images et films de crimes sexuels sur enfants venant de 49 pays. Ces bases de données ont permis l'identification de 12'000 victimes à ce jour bien qu'aucune plainte n'ait été déposée à leur sujet. Sur le site d'Interpol, on peut lire la citation suivante de Bjorn Sellstrom,

coordinateur de l'unité des Crimes Contre les Enfants à Interpol : « Malheureusement la plupart des gens ne se rendent pas compte que lorsque nous parlons d'abus d'enfants, nous parlons aussi d'enfants très jeunes, de bébés âgés de seulement quelques mois, qui sont victimes d'agressions sexuelles extrêmes » [<https://www.interpol.int/News-and-Events/News/2018/Study-finds-boys-and-very-young-children-at-greater-risk-of-severe-online-sexual-abuse>. Uploaded 20.9.2020]. Le site internet d'Interpol rappelle que la « vaste majorité à la fois des victimes et des auteurs restent non identifiés. »

Ainsi des actes dont l'horreur dépasse notre entendement sont bien commis par des individus isolés, en réseau ou en groupe organisé. Les violences sexuelles sur enfants sont aussi le fait de groupes organisés, tout comme pour les autres types de délits. Internet amène des preuves des crimes réalisés, quand bien même le grand public n'est pas au courant de tout. En résumé les faits souvent horribles racontés par des patients et patientes ayant un TDI se rapportent à des faits connus de la police. Ces histoires horribles ont malheureusement un fondement réel.

9. Conclusion

Nous avons passé en revue des croyances qui émergent fréquemment à propos du TDI et qui influencent le diagnostic, le traitement, mais aussi la manière dont sont accueillies dans le système de soin des personnes particulièrement fragiles. Nous observons que ces thématiques font souvent l'objets de débats passionnés, voire parfois de dépassement du code de déontologie ou éthique. A ce sujet Rydberg [97] décrit comment Loftus utilisa des moyens les plus discutables dans le but de prouver sa théorie sur les « faux souvenirs ».

Confrontées aux recherches scientifiques les croyances à propos du TDI peuvent être clarifiées et résumées ainsi :

- Le TDI est un trouble différent de la schizophrénie.
- Le TDI existe en dehors de toute influence iatrogène du thérapeute ou des médias.
- Les patients TDI ne sont pas particulièrement sujets à la suggestibilité ni à la tendance à l'affabulation.
- Le TDI apparait en dehors de tout traitement hypnothérapeutique.

- Le TDI est le plus sévère des troubles d'origine traumatique.
- L'amnésie d'événements traumatiques de l'enfance qui ont été réprimés avant d'être retrouvés est un phénomène démontré.
- L'étendue des violences physiques et sexuelles les plus invraisemblables sur des enfants, parfois sur des bébés, est connue des instances policières et judiciaires. Ces violences sexuelles sont aussi le fait de groupements organisés.

Une étude récente de Reinders et al. [87] a montré que le TDI peut être différencié de sujets contrôles sains à un niveau individuel sur la base de marqueurs biologiques des structures cérébrales. Cette différenciation a un degré élevé de sensibilité et de spécificité, comparable à ce qui a été trouvé dans des études similaires sur la plupart des troubles psychiatriques, y compris la psychose. Cette recherche est importante car elle ouvre la voie au diagnostic des TDI sur la base de marqueurs neurobiologiques.

Néanmoins il reste encore beaucoup à faire pour faire connaître et reconnaître le TDI auprès des professionnels de la santé mentale. La formation professionnelle inclut encore trop rarement la thématique de la dissociation d'origine traumatique et du TDI. Il en résulte des croyances inexacts à ce sujet dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie. L'application de traitements psychologiques, médicamenteux, hospitaliers et sociaux inadéquats ou non spécifiques au TDI a un coût important qui se rajoute au coût personnel, social et familial qu'implique ce trouble sévère et handicapant.

Au niveau de la recherche, il nous semble que la différenciation diagnostique entre TDI et schizophrénie – et dans une certaine mesure avec le trouble de personnalité borderline – tant au niveau conceptuel que clinique, est une thématique de recherche centrale en particulier dans l'espace francophone. De même, des recherches épidémiologiques restent encore à réaliser en France comme en Suisse ou en Belgique.

Au niveau de la formation des psychothérapeutes et des cliniciens, un effort doit être réalisé pour inclure le TDI, son diagnostic et son traitement, dans les programmes de formation universitaire. Par ailleurs, au vu de la difficulté et de la complexité du traitement de ces patients, un effort de recherche doit être fait pour clarifier les besoins spécifiques de ces patients dans le cadre de leur prise

en charge. Nous ne pouvons nier les difficultés du traitement, liées à une fascination pour ce trouble, ou à l'inverse à une négation de son existence, aux difficultés contre-transférentielles propres au traitement des personnes gravement traumatisées, aux nombreuses difficultés inhérentes aux thérapies de ces personnes qui ont plusieurs et parfois de nombreux états de personnalité distincts. Il en résulte un effort à mener dans la formation des professionnels, tant pour les traitements ambulatoires que hospitaliers. Associer complexité clinique et rigueur scientifique nous semble être la voix à prendre pour le traitement mais aussi pour la recherche sur le TDI.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition. Paris : Masson ; 1996.
3. American Psychiatric Association (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition. Paris : Elsevier-Masson ; 2015
4. Azam. E. Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité : le cas Félicité X. Paris : J.B. Baillière et fils ; 1893.
5. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis. 1986;174:727–735.
6. Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. Trans. Zinkin, J New York, NY: International University Press; 1911.
7. Bliss EL. Multiple personalities. A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. Arch Gen Psychiatry. 1980;37:1388–1397.
8. Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. Am J Psychiatry. 1993;150:489–494.
9. Brand M, Eggers C, Reinhold N, Fujiwara E, Kessler J, Heiss WD, Markowitsch HJ. Functional brain imaging in 14 patients with dissociative amnesia reveals right inferolateral prefrontal hypometabolism. Psychiatry Res. 2009;174(1): 32-9.

10. Brand BL, McNary SW, Myrick A, Classen CC, Lanius R, Loewenstein RJ, Pain C, Putnam FW. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psy Trauma Th Research Pract Pol* 2013;5(4): 301-8.
11. Brand BL, Chasson GS. Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychol Trauma* 2015; 7:93–101.
12. Briere J, Conte J. Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *J Trauma Stress*. 1993; 6: 21-31.
13. Brown D. Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs. In : Kedia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillot I, & Brown D *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris : Dunod, 2012.
14. Chalavi S, Vissia EM, Giesen ME, Nijenhuis ERS, Draijer N, Cole JH, Dazzan P, Pariante CM, Madsen SK, Rajagopalan P, Thompson PM, Toga AW, Veltman DJ, & Reinders AA TS. Abnormal Hippocampal Morphology in Dissociative Identity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Correlates with Childhood Trauma and Dissociative Symptoms. *Hum brain map* 2015; 36(5): 1692-1704. <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>
15. Coons PM. Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:715–21.
16. Coons PM. Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:461–4.
17. Dalenberg J. Accuracy, Timing and Circumstances of Disclosure in Therapy of Recovered and Continuous Memories of Abuse. *J Psych Law* 1996; 24(2): 229-275.
18. Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull* 2012; 138:550-88.
19. Dalenberg CJ, Brand BL, Loewenstein RJ, et al. Reality versus fantasy: reply to Lynn et al. (2014). *Psychol Bull* 2014; 140: 911-20.
20. Dell PF. A new model of dissociative identity disorder. *Psych Clin N Am* 2006; 29(1): 1-26.
21. Dell PF, O'Neil JA. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge; 2009.
22. DePrince AP, Allard CB, Oh H, Freyd JJ. What's in a Name for Memory Errors? Implications and Ethical Issues Arising From the Use of the Term

- « False Memory » for Errors in Memory for Details. *Eth Behav* 2004; 14(3): 201-233. https://doi.org/10.1207/s15327019eb1403_1
23. Dorahy MJ. Dissociative identity disorder and memory dysfunction: The current state of experimental research and its future directions. *Clin Psychol Rev* 2001 ; 21:771-795.
24. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Hanna D, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *J. Nerv Ment Dis* 2009 ; 197 : 892–898.
25. Draijer N, Boon S. The Imitation of Dissociative Identity Disorder : Patients at Risk, Therapists at Risk: *J Psych Law* 1999; 423-458.
26. Ellason JW, Ross CA. Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(4): 236-41. doi: 10.1097/00005053-199504000-00009. PMID: 7714512.
27. Elliott DM, Briere J. Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *J TRAUM STRESS* 1995; 8 (4): 629-647. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080407>
28. Fine CG. Treatment errors and iatrogenesis across therapeutic modalities in MPD and allied disorders. *DISSOCIATION* 1989; 2: 77–82.
29. Follin S, Chazaud J, & Pilon L. (1961). Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Évolution psychiatrique* 1961 ; 26 : 257-286.
30. Foote B, Park J. Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Curr Psychiatry Rep.* 2008; 10(3): 217-22.
31. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry.* Baltimore : Williams & Wilkins; 1975.
32. Freud S, Breuer J (1895). *Etudes sur l'hystérie.* Paris : PUF ; 1956.
33. Freyd JJ, Gleaves DH. « Remembering » words not presented in lists: Relevance to the current recovered/false memory controversy. *J Exp Psych: Learn Mem Cogn;* 1996 22(3): 811-3.
34. Geraerts E, Merckelbach H, Jelicic M, Smeets E, van Heerden J. Dissociative symptoms and how they relate to fantasy proneness in women reporting repressed or recovered memories. *Pers ind diff* 2006; 40 (6): 1143-1151.

35. Giesbrecht T, Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H. Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychol Bull.* 2008; 134:617–647.
36. Gleaves DH. The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychol Bull* 1996; 120:42–59.
37. Goodman GS, Ghetti S, Quas JA, Edelstein RS, Alexander KW, Redlich AD, Cordon IM, Jones DPH. A Prospective Study of Memory for Child Sexual Abuse: New Findings Relevant to the Repressed-Memory Controversy. *Psychol Sc* 2003; 14 (2): 113-8.
38. Greaves GB. Multiple personality: 165 years after Marv Reynolds. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168, 577-596.
39. Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoa Psychol* 1987; 4: 1-14.
40. Hey H. *Hallucinations et délires*. Paris : Alcan ; 1934.
41. Hey H. *Traité des hallucinations*. Paris : Masson ; 1973.
42. Hollender MH, & Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psy* 1964 ; 120 : 1066-1074.
43. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *J Trauma Diss* 2011;12:188–212.
44. Janet P. *Les Névroses*. Paris : L'Harmattan ; 1909 (ré-édition : 2008).
45. Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dorfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosc biobehav Rev* 2006; 30: 1004-31.
46. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, *Schiz Bull* 1987; 13 (2): 261–276.
47. Kihlstrom JF. Dissociative Disorders. *Ann Rev Clin Psy* 2005; 1 (1): 227-253.
48. Kitayama N, Vaccarino V, Kutner M, Weiss P, Bremner JD. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Affect Dis* 2005; 88 (1): 79-86.
49. Kluft RP. First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144:293–8.
50. Kluft RP. Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. *Psych Cl N Am* 1991; 14 (3): 605-629.
51. Laddis A, Dell PF. Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *J Trauma Diss* 2012a; 13:397–413.

52. Laddis A, Dell PF. All that dissociation instrument measure is not dissociation: "all that glistens is not gold". *J Trauma Diss* 2012b ; 13 (4) : 418-420.
53. Laurence JR. Lorsque science et croyance s'affrontent : dissociation, amnésie dissociative et faux souvenir. In : Michaux D. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris : Imago ; 2006.
54. Lilienfeld SO, Kirsch I, Sarbin TR, et al. Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: recalling the lessons of the past. *Psychol Bull* 1999; 125:507–23.
55. Loftus EF, Polonsky S, Fullilove MT. Memories of Childhood Sexual Abuse : Remembering and Repressing. *Psych Wom Quart* 1994; 18 (1) : 67-84.
56. Loftus EF. Planting misinformation in the human mind: A 30-year investigation of the malleability of memory. *Learn Mem* 2005; 12 (4): 361-6.
57. Loftus EF, Davis D. Recovered Memories. *Ann Rev Clin Psych* 2006; 2 (1): 469-498.
58. Loftus EF, Ketcham K. *Le syndrome des faux souvenirs*. Paris : Editions Exergue; 2012.
59. Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, Berry K, Bucci S, Varese F. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schiz Bull* 2020; 46 (5), 1104-13. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037>
60. Lynn SJ, Rhue JW, Green JP. Multiple personality and fantasy proneness : Is there an association or dissociation? *Br J Exp Clin Hypn* 1988; 5 (3): 138-142.
61. Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H, Giesbrecht T, van der Kloet D. Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom. *Curr Dir Psychol Sci* 2012; 21: 48–53.
62. Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H, et al. The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychol Bull* 2014; 140:896–910.
63. Macfie J, Cicchetti D, Toth S. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev Psychopath* 2001; 13 (2): 233-254.
64. Maleval JC. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris : Payot ; 1981.

65. Maret C. Interview lors du téléjournal du 24 août 2016. Available from URL : <https://www.rts.ch/info/monde/7962342-demantelement-d-un-vaste-reseau-de-pedopornographie-en-europe.html>.
66. Merckelbach H, Horselenberg R, Murris P. The Creative Experiences Questionnaire (CEQ) : a brief self-report measure of fantasy proneness. *Person Ind Diff* 2001; 31: 987-995.
67. Merckelbach H, Muris P. The causal link between self-reported trauma and dissociation : A critical review. *Behav Res Ther* 2001; 39 (3): 245-254.
68. Merckelbach H, Horselenberg R, Schmidt H. Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Person Ind Diff* 2002; 32 (4): 695-705.
69. Myrick AC, Webermann AR, Loewenstein RJ, Lanius R, Putnam FW, Brand BL. Six-year follow-up of the treatment of patients with dissociative disorders study. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 Jun 28;8(1):1344080. doi: 10.1080/20008198.2017.1344080. PMID: 28680542; PMCID: PMC5492082.
70. Nelson L. The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychol Sc* 1993 ; 4 : 7-14
71. Nijenhuis ERS, Reinders AATS. (2012). Fantasy Proneness in dissociative identity disorder. *PLoS ONE* 2012 ; 7 (6) : 239-279. Supporting information S1.
72. Organisation mondiale de la sante. Classification internationale des troubles mentaux – CIM-10. Paris : Masson ; 1994.
73. Organisation Mondiale de la Santé ICD-11 [CIM-11] International Classification of Diseases, 11th version. 2019. Available from URL : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f585833559>
74. Paris J. The rise and fall of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 1076–9.
75. Petrie D. *Sybil*. Film réalisé aux USA ; 1986
76. Phillips M, Frederick C. *Psychothérapie des états dissociatifs : Guérir le moi divisé*, Bruxelles, SATAS ; 2001.
77. Piedfort-Marin O. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas. *Ann. Méd Psych* 2019; 177: 788-795.

78. Pitres A, Régis E. Les obsessions et les impulsions. Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale normale et pathologique. Paris : Octave Doin ; 1902.
79. Pope HG, Barry S, Bodkin A, Hudson JI. Tracking scientific interest in the dissociative disorders : A study of scientific publication output 1984-2003. *Psychoth Psychosom* 2006; 75(1): 19-24.
80. Prince M. La dissociation d'une personnalité. Paris : Félix Alcan ; 1911 (1^{ère} édition 1905).
81. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry*. 1986; 47(6): 285-293.
82. Putnam F. Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York : The Guilford Press ; 1989.
83. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis*. 1996; 184:673-679.
84. REIKRÅS H. OPERATION DARK ROOM, WESTERN POLICE DISTRICT, NORWAY. PRESENTATION AT THE ANNUAL CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR TRAUMA AND DISSOCIATION – ESTD, BERN, SWITZERLAND: 2017.
85. Reinders AATS, Willemsen ATM, Vos HPJ, den Boer JA, Nijenhuis ERS. Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One* 2012; 7:e39279.
86. Reinders AATS, Willemsen ATM,, Vissia EM, Vos HPJ, den Boer JA, Nijenhuis ERS. The Psychobiology of Authentic and Simulated Dissociative Personality States : The Full Monty. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204 (6): 445-457.
87. Reinders AATS, Marquand AF, Schlumpf YR, Chalavi S, Vissia EM, Nijenhuis ERS, Dazzan P, Jäncke L, Veltman DJ. Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder : Pattern recognition study of brain biomarkers. *Br J Psych* 2019; 215 (3): 536-544.
88. Renard SB, Huntjens RJC, Lysaker PH, Moskowitz A, Aleman A, Pijnenborg GHM. Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology : A Systematic Review. *Schiz Bull* 2017; 43 (1): 108-121.
89. Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson G. Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. *J Nerv Ment Dis*. 1989; 177:487-491.

90. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1990a; 31: 111–8.
91. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psych* 1990b; 147 (5): 596-601
92. Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry*. 1992; 33: 269–273.
93. Ross CA. *Dissociative identity disorder: diagnostic, clinical feature, and treatment of multiple personality (end edition)*. John Wiley & Sons Inc; 1997.
94. Ross C, Keyes B. Dissociation and Schizophrenia. *J Trauma Diss* 2004; 5: 69-83.
95. Ross CA. Dissociative schizophrenia. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, (Eds). *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley ; 2008: 281-294.
96. Ross CA. *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. Binghamton, NY: Routledge; 2014.
97. Rydberg JA. Research and clinical issues in trauma and dissociation: ethical and logical fallacies, myths, misreports, and misrepresentations. *Eur J Trauma Diss* 2017; 1: 89-99.
98. Saillot I. Grand angle : le concept de dissociation de Janet à aujourd’hui, dérive et écueil. *Eur J Trauma Diss* 2017; 1: 211-216.
99. Sar V, Yargıç LI, Tutkun H. Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1329–1333.
100. Schlumpf YR, Nijenhuis ERS, Chalavi S, et al. Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: an fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage Clin* 2013; 3:54–64.
101. Schlumpf YR, Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Luechinger R, van Osch MJP, Jäncke L. Dissociative Part-Dependent Resting-State Activity in Dissociative Identity Disorder : A Controlled fMRI Perfusion Study. *PLoS ONE* 2014; 9 (6): e98795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098795>
102. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. 3rd ed. Trans. Hamilton MW, Anderson EW. New York, NY: Grune & Stratton; 1959.
103. Schreiber FR. *Sybil*. Paris: Albin Michel ; 1973.

104. Silva CE, Kirsch I. Interpretive sets, expectancy, fantasy proneness, and dissociation as predictors of hypnotic response. *J Pers Soc Psych* 1992; 63(5): 847-856.
105. Smith ME. Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippoc* 2005; 15: 798-807.
106. Spanos NP. Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychol Bull* 1994; 116: 143–65.
107. Staniloiu A, Markevitsch HJ, Brand M. Psychogenic amnesia – A malady of the constricted self. *Consc Cogn* 201; 19: 778-801.
108. Steinberg M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
109. Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, Rakfeldt J, Rounsaville B. Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1994; 182: 495–502.
110. Tikka SK, Yadav S, Nizamie SH, Das B. Schneiderian first rank symptoms and gamma oscillatory activity in neuroleptic naïve first episode schizophrenia : a 192 channel EEG study. *Psychiatry Investig.* 2014; 11: 467–475.
111. Torem MS. Iatrogenic factors in the perpetuation of splitting and multiplicity. *Diss* 1989 ; 2 (2) : 92-8.
112. Van der Boom KJ, Van den Hout MA, Huntjens RJC. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *PERS IND DIFF* 2010; 48 (4): 447–451.
113. Van der Hart O, Nijenhuis E, & Steele K. *Le Soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique.* Bruxelles: de Boeck ; 2010.
114. Vissia EM, Giesen ME, Chalavi S, Nijenhuis ERS, Draijer N, Brand BL, Reinders AATS. Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. *Ac Psych Scand* 2016; 134(2): 111-128.

115. Wade KA, Garry M, Don Read J, Lindsay DS. (2002). A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. *Psychon Bull Rev*; 2002; 9 (3), 597-603
116. Welburn KR, Fraser GA, Jordan SA, Cameron C, Webb LM, Raine D. Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *J Trauma Dissociation*. 2003;4:109–130.
117. Widom CS, Morris S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychol Assessm* 1997; 9(1): 34-46.
118. Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*. 1994; 62: 1167-1176
119. Wilsnack SC, Wonderlich SA, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Wilsnack RW. Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child Ab Negl* 2002; 26(2): 139-147.
120. Yargıç LI, Sar V, Tutkun H, Alyanak B. Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Compr Psychiatry*. 1998;39:345–351.
121. Yu J, Ross CA, Keyes BB, et al. Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *J Trauma Dissociation* 2010; 11:358–72.

1.3. ARTICLE: La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité :
une théorie pour conceptualiser les troubles d'origine traumatique.

ARTICLE EN SOUMISSION

Olivier Piedfort-Marin

La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité :
une Théorie pour Conceptualiser
les Troubles d'Origine Traumatique.

La Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité : une Théorie pour Conceptualiser les Troubles d'Origine Traumatique.

The Theory of the Structural Dissociation of the Personality: a Theory for the Conceptualization of Trauma-related Disorders.

Résumé

Cet article présente la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité développée par Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006/2010) sur la base des travaux de Janet. Cette théorie permet de conceptualiser les troubles d'origine traumatique en tant que troubles de nature dissociative, du plus simple comme le trouble de stress post-traumatique au plus complexe comme le trouble dissociatif de l'identité. Elle définit le concept de dissociation comme une division de la personnalité pré-morbide en deux ou plusieurs parties dans les suites d'événements traumatiques lorsque le sujet ne possède pas assez de capacités intégratives. Les capacités intégratives sont faites de deux actions : la synthèse et la réalisation (comprenant la personnalisation et la présentification). Les parties dissociatives sont de deux types : la partie émotionnelle de la personnalité qui reste fixée sur l'expérience traumatisante et s'engage dans le système d'action défensif (attaque, fuite, mort feinte, soumission, figement, hypovigilance) ou le système d'attachement comme les pleurs d'attachement ; et la partie apparemment normale de la personnalité qui s'engage dans les activités du quotidien et tente d'éviter les souvenirs traumatiques, leurs rappels et les intrusions des parties émotionnelles. Cet article présente l'apport des théories de l'apprentissage à cette théorie, qui sont en jeu en particulier dans le maintien de la dissociation structurelle. La définition de la dissociation proposée par ces auteurs permet de différencier des symptômes qui peuvent sembler similaires mais qui sont néanmoins distincts. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité présente un intérêt notable pour conceptualiser les troubles d'origine traumatique, et elle a sa place dans le champ des thérapies cognitivo-comportementales.

Mots clés : dissociation ; théorie de la dissociation structurelle de la personnalité ; trauma ; trouble dissociatif ; trouble de stress post-traumatique.

Abstract

This article presents the theory of the structural dissociation of the personality, developed by Van der Hart, Nijenhuis and Steele (2006) and based on Janet's work. This theory allows for the conceptualization of trauma-related disorders as disorders of a dissociative nature, from the simplest one as in the case of post-traumatic stress disorder to the most complex one such as the dissociative identity disorder. It defines the concept of dissociation as a division of the pre-morbid personality into two or more parts when the individual possesses insufficient integrative abilities following traumatizing events. The integrative abilities consist of synthesis and realization. Realization includes personification and presentification. Dissociative parts are of two types: (1) the emotional part of the personality, which remains fixated on the traumatizing experience and is mediated by defense action systems, such as fight, flight, feigned death, submission, freezing or hypervigilance, and attachment action system, such as attachment cry; and (2) the apparently normal part of the personality which engages in actions of daily activities and tries to avoid traumatic memories, their reminders, and intrusions from the emotional parts. This article presents the contribution of learning theories to this theory, in particular those which are involved in maintaining the structural dissociation. The definition of dissociation as proposed by these authors allows to differentiate symptoms that may seem similar but are however distinct. The theory of the structural dissociation of the personality is revealed to be of significant interest to the conceptualization of trauma-related disorders, and as having a central place in the field of cognitive-behavioral therapies.

Key words: dissociation ; theory of the structural dissociation of the personality ; trauma ; dissociative disorder ; posttraumatic stress disorder.

Introduction

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) est proposée par Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006/2010) pour expliquer et conceptualiser les troubles d'origine traumatique, du plus simple comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT), au plus complexe comme le trouble dissociatif de l'identité (TDI), en passant par le TSPT complexe et les autres troubles dissociatifs et de conversion. Cette théorie a eu un grand écho dans le champ de la psychotraumatologie, en particulier dans la recherche et la pratique clinique sur la dissociation et les troubles dissociatifs. Elle a été développée sur la base des travaux de Janet (1898, 1904, 1919, 1928, 1935) et de Myers (1940), enrichis des travaux de Panksepp (1998).

Le terme de dissociation fait l'objet de définitions diverses. Dans la littérature contemporaine on entend par dissociation des symptômes spécifiques (la dissociation péri-traumatique, la déconnection émotionnelle allant jusqu'à la dépersonnalisation et la déréalisation, des changements d'états de personnalité chez des patients TDI) des causes possibles de ces symptômes (comme des mécanismes de défense ou une dissociation structurelle), ou encore des altérations normales ou pathologiques de la conscience (absorption, attention duelle, hypnose) (Dorahy & Van der Hart, 2015 ; Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Une définition si large et inclusive amène à des confusions ayant des répercussions dans la recherche et la pratique clinique. Les auteurs de la TDSP (Van der Hart et al., 2006 ; Nijenhuis & Van der Hart, 2011 ; Nijenhuis, 2015a, 2017c) reviennent aux concepts janetiens et proposent une définition stricte de la dissociation d'origine traumatique, à savoir une division de la personnalité pré-mordibe en deux ou plus sous-systèmes, à la suite d'une intégration insuffisante d'un événement traumatisant. Selon cette définition, la dissociation se réfère à une dissociation structurelle de la personnalité (étiologie) et aux symptômes qui en découlent. Nijenhuis et Van der Hart (2011, p. 418) propose que :

Cette division de la personnalité constitue une caractéristique essentielle du traumatisme. Elle apparaît lorsque l'individu n'a pas la capacité d'intégrer en partie ou en totalité les expériences adverses, peut favoriser l'adaptation dans ce contexte, mais implique généralement aussi

des limites d'adaptation. La division implique deux ou plusieurs sous-systèmes dynamiques insuffisamment intégrés mais excessivement stables. Ces sous-systèmes exercent des fonctions et peuvent englober un certain nombre d'actions mentales et comportementales différentes et d'états y relatifs. Ces sous-systèmes et ces états peuvent être latents ou activés dans une séquence ou en parallèle. Chaque sous-système dissociatif, c'est-à-dire une partie dissociative de la personnalité, comprend au minimum sa propre perspective à la première personne, au moins rudimentaire. Comme chaque partie dissociative, l'individu peut interagir avec d'autres parties dissociatives et d'autres individus, au moins en principe. Les parties dissociatives maintiennent des limites psychobiologiques particulières qui les maintiennent divisées mais qu'elles peuvent en principe dissoudre.

Cet article a pour but de décrire les aspects centraux de la TDSP et son intérêt pour la conceptualisation des séquelles de traumatismes. La TDSP a un intérêt certain dans le champ des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), ceci alors que la conceptualisation et la prise en charge des troubles dissociatifs est encore peu abordée dans la littérature TCC.

Les Concepts Centraux de la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité

Intégration : Synthèse et Réalisation (Personnification et Présentification)

La dissociation de la personnalité est vue par Van der Hart et al. (2010) comme résultant d'un manque d'intégration. Récemment Nijenhuis (2019) propose que l'échec d'intégration serait dû non à un manque d'intégration mais à des actions de non intégration par le sujet soumis à une expérience adverse. L'intégration implique la synthèse et la réalisation, la réalisation comprenant la personnification et la présentification. Le traitement devrait cibler une intégration aboutie permettant ainsi à ce qu'une expérience vécue fasse partie de la mémoire narrative auto-biographique du sujet. Selon la TDSP, la synthèse centrale se fait lorsque le sujet relie et différencie les différents éléments (émotions, sensations corporelles, comportements, actions, imageries, fantasmes, cognitions) de

l'expérience d'une situation donnée dans la chronologie de cette situation. Relier et différencier ces différents éléments implique également de pouvoir les différencier à chaque instant de la situation, chaque instant étant accompagné d'émotions, sensations, cognitions, comportement, etc., qui peuvent être différents du moment précédant et du moment suivant. Chez les personnes traumatisées la synthèse centrale n'a pas pu se faire correctement. Il en résulte, par exemple, que certaines personnes ne se souviennent pas d'une partie importante de l'expérience traumatisante (amnésie partielle ou complète), ou bien elles ont le scénario de l'expérience traumatisante sous forme d'un film ou d'images avec une restriction inadaptée des affects (déconnection émotionnelle pouvant aller jusqu'à une dépersonnalisation sévère). D'autres personnes encore présentent des symptômes somatoformes laissant penser, par exemple, à des violences sexuelles (p.ex. douleurs vaginales ou anales) mais sans se souvenir d'avoir vécu une pénétration lors d'un acte de violence sexuelle dont elles peuvent par ailleurs se souvenir dans les grandes lignes.

La réalisation dans la forme de *personnification* se réfère à la capacité du patient de ressentir qu'il a vécu un événement traumatisant en prenant possession de cette expérience comme sienne. Cela permet donc de développer un sens de soi en lien avec l'expérience synthétisée (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2010). La *présentification* consiste à comprendre et ressentir que le trauma a eu lieu dans le passé et à pouvoir différencier passé, présent et futur, en donnant au présent le plus haut degré de réalité (Janet, 1919, 1928). La réalisation (personnification et présentification) implique un processus de deuil souvent douloureux mais qui permet de se tourner vers le futur en laissant le passé derrière soi.

La Dissociation de la Personnalité

Lorsque l'intégration d'un événement potentiellement traumatisant ne se fait pas ou partiellement, apparaît alors ce que Van der Hart et al. (2010) nomment une division ou *dissociation* de la personnalité en plusieurs parties dissociatives. Une partie continue de s'engager dans les fonctions de la vie quotidienne et tente de mener une vie aussi exempte que possible des séquelles du trauma. Inspirés par Myers (1940), Van der Hart et al. (2010) nomment cette partie dissociative *partie apparemment normale de la personnalité* (PAN). Une ou plusieurs parties dissociatives restent fixées sur l'expérience traumatique et s'engagent alors dans des actions ressemblant aux comportements de défense animale face à une

menace (hyper-vigilance, fuite, combat, soumission totale, mort feinte, pleurs d'attachement, récupération) ; ces parties sont nommées *parties émotionnelles de la personnalité* (PE). Elles sont comme bloquées dans l'expérience traumatique qui échoue à devenir un récit auto-biographique de l'événement et elles portent les expériences affectives et sensori-motrices douloureuses en lien avec l'événement traumatisant. Le champ de conscience d'une PE est restreint à l'événement adverse ou à certains éléments de cet événement. Plusieurs PE peuvent en percevoir différents aspects et être fixées chacune sur différentes actions défensives non abouties. Les PE ont un propre sens de soi – rudimentaire ou plus développé – qui est différent du sens de soi de la PAN (Nijenhuis & al., 2010).

Dans une évolution récente de la TDSP Nijenhuis (2015b) a proposé de distinguer les PE, non seulement en fonction des sous-systèmes d'action défensive qu'elles accomplissent, mais aussi en fonction de deux types principaux : les PE fragiles revivent la douleur et la souffrance de l'expérience traumatisante, alors que les PE de type contrôle s'engagent dans des comportements à priori agressifs à l'égard d'autres PE ou de la PAN.

Pour pouvoir fonctionner au mieux au quotidien la PAN va développer une phobie des souvenirs traumatiques et des PE (Janet, 1904). La PAN peut apparaître relativement normale dans certains cas (même si on peut remarquer un discours pauvre en affects lorsque les traumatismes sont évoqués) et dans d'autres cas les traumatismes amènent à de telles séquelles que la PAN peine à fonctionner efficacement dans le quotidien.

Développement et Maintien de la Dissociation Structurelle

Les théories de l'apprentissage permettent de comprendre l'installation et le maintien de la structure dissociative (Nijenhuis et al, 2010 ; Van der Hart et al., 2010). En utilisant les termes de la théorie de l'apprentissage, on peut dire que les événements adverses et traumatisants sont des stimuli inconditionnels aversifs puissants pour un bon nombre d'êtres humains, d'autant plus que nous y sommes préparés par l'évolution. Néanmoins les réactions sont individuelles et dépendent de facteurs comme l'âge, le genre, les expériences précédentes, et de la présence ou absence d'un soutien interpersonnel. Les signaux qui signalent ou évoquent un événement traumatisant peuvent devenir des stimuli conditionnels. Par exemple la sonnerie de la porte d'entrée qui annonce le retour du père maltraitant

peut devenir un stimulus conditionnel ; le bruit d'une horloge entendu pendant un acte de violence sexuelle peut devenir un stimulus conditionnel de référence.

Les PE étant fixées sur l'expérience traumatique, elles ne peuvent éviter les divers éléments aversifs de cette expérience et vont réagir à des stimuli conditionnels extéroceptifs. Pour la PAN les souvenirs de l'événement traumatisant sont en premier lieu des stimuli aversifs inconditionnels. Les souvenirs traumatiques que la ou les PE revivent – prenant la forme de symptômes intrusifs qui sont des éléments directement ou indirectement en lien avec l'expérience traumatisante – peuvent devenir pour la PAN (par conditionnement classique) des stimuli conditionnels intéroceptifs. Les stimuli précédant ou accompagnant des symptômes intrusifs de la part de PE peuvent devenir des stimuli conditionnels intéroceptifs ayant la même force que l'événement traumatisant lui-même et amenant chez la PAN des réactions similaires au trauma d'origine, à savoir l'évitement mental empêchant la synthèse et la réalisation. Ainsi si l'intrusion d'une PE revivant une expérience de violence sexuelle débute par un ressenti spécifique comme une sensation dans le ventre, la PAN peut associer cette sensation avec les souvenirs hautement aversifs de ces violences, et en outre, par généralisation, toute sensation dans le ventre (y compris sans lien avec le traumatisme) peut devenir un stimulus conditionnel intéroceptif.

Par l'évitement mental de la PAN l'intégration (synthèse et réalisation) ne peut aboutir et on observe que les intrusions de la PE peuvent continuer. La PAN peut alors développer une phobie des souvenirs traumatiques et une phobie des PE, phobies qui maintiennent la dissociation structurelle (Nijenhuis et al., 2010 ; Van der Hart et al., 2010). De telles phobies sont renforcées par l'effet bénéfique pour la PAN de ses évitements, à savoir moins d'intrusions traumatiques de la part de la PE. Dans certains cas la PE peut être réactivée par des stimuli conditionnels sans que la PAN n'en ait conscience et n'arrive à les éviter efficacement. Il en résulte des intrusions de la part de la PE qui peuvent devenir insupportables pour la PAN. Selon son niveau d'énergie la PAN pourra éviter plus ou moins efficacement les stimuli aversifs dans le présent et sur la durée. Le processus de généralisation peut amener à une augmentation des stimuli activant la PE, développant chez la PAN une phobie de la vie normale avec des limitations accrues du fonctionnement. La distance (dissociation) entre la PAN et la ou les PE peut s'intensifier et ces dernières restent encore davantage fixées sur l'expérience traumatique alors que la PAN développe ses comportements d'évitement mental et comportemental.

Alors que certaines PE s'engagent essentiellement dans des reviviscences des souvenirs traumatisants (impliquant des sous-systèmes d'action de défense), les observations cliniques avec les patients TDI montrent que certaines PE peuvent développer des systèmes d'action de type attachement, soin ou jeu, « qui leur donnent la tendance à agir dans le monde interne et externe » (Nijenhuis et al., 2010, p. 12), ce qui facilite l'émancipation des PE comme dans les cas de TDI. Il peut en résulter pour la PAN une phobie encore plus forte des PE.

Les observations cliniques mettent en avant que pour réaliser ces phobies des souvenirs traumatiques et des PE, la PAN prend des comportements les plus divers, selon la gravité du cas : utilisation de substances ou d'alcool, répression de la pensée, comportements excessifs (travail, sport, etc.), scarifications, évitements comportementaux de lieux et de personnes en lien avec l'événement traumatisant, pour nommer les principaux.

Ainsi nous voyons que les théories comportementales de l'apprentissage sont parties intégrantes de la TDSP, en particulier pour expliquer la dissociation initiale et son maintien dans le temps.

Dissociation Structurale et Symptômes Dissociatifs

Trois Degrés de Dissociation Structurale

Se basant sur leurs observations cliniques sous l'angle de la TDSP, Van der Hart et al. (2010) proposent trois degrés de structure dissociative de la personnalité. La dissociation primaire implique la division de la personnalité pré-morbide en deux sous-systèmes : une PAN et une PE. Cela peut correspondre à l'état de stress aigu, au TSPT, à certains troubles de conversion (ou troubles dissociatifs à symptômes neurologiques selon la CIM-11 : OMS, 2019).

La dissociation secondaire implique une PAN et plusieurs PE et peut correspondre à des troubles plus complexes : certains TSPT, le TSPT complexe (selon la CIM-11 : OMS, 2019), l'autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (ATDS-1) selon le DSM-5 (TDI partiel dans la CIM-11), certains troubles de conversion, et certains TDI. Les observations cliniques montrent que différents traumas peuvent avoir amené à l'émergence de PE. Par ailleurs, plusieurs PE peuvent émerger lors

d'une même situation traumatisante, chacune fixée sur un sous-système d'action différent (p. ex. fuite / combat / soumission / figement) (dissociation séquentielle). Dans d'autres cas, une PE porte l'expérience de l'événement alors qu'une autre PE est dans une position d'observation avec un détachement émotionnel (dissociation parallèle). Dissociations séquentielle et parallèle peuvent être combinées (Van der Hart et al., 2010).

Enfin la dissociation tertiaire implique un certain nombre de PE et plusieurs PAN avec une dissociation au sein des systèmes d'action impliqués dans la gestion de la vie quotidienne comme le soin des enfants, le travail, l'alimentation, etc. Seul certains TDI sévères correspondent à cette typologie rare (pour une revue de la littérature sur les débats concernant le TDI : Piedfort-Marin, Rignol & Tarquinio, sous presse)

La Gamme des Symptômes Dissociatifs

Comme vu en introduction, la dissociation est sujette à des définitions différentes qui recouvrent des phénomènes et/ou des symptômes différents et d'étiologies différentes. Le DSM-5 (APA, 2015) est d'ailleurs un relai de ces confusions (pour une analyse détaillée : Nijenhuis, 2017b). Sur la base de leurs observations cliniques, Van der Hart et al. (2010) proposent une description de symptômes dissociatifs dans le cadre d'une dissociation structurelle d'origine traumatique. Ils catégorisent les symptômes dissociatifs en quatre types : symptômes somatoformes versus psychoformes, positifs versus négatifs. On parle de symptômes dissociatifs positifs lorsqu'il y a présence pathologique d'une fonction sans origine organique. On parle de symptômes dissociatifs négatifs lorsqu'il y a absence pathologique d'une fonction sans atteinte organique. Les symptômes psychoformes négatifs sont l'amnésie, certaines formes de déconnexion de soi ou de l'environnement immédiat, et l'anesthésie émotionnelle. Les symptômes somatoformes négatifs sont l'analgésie, l'inhibition motrice (la perte de la capacité de mouvoir un membre ou le corps, ou la perte de la capacité d'élocution), et la perte de sensations physiques (anesthésie). Les symptômes psychoformes positifs peuvent être des symptômes intrusifs comme des voix ou des émotions émanant d'une PE, ou un revécu du traumatisme par des perceptions visuelles ou auditives, des affects et des cognitions, appartenant au vécu du trauma (p.ex. : flash-back). Les symptômes somatoformes positifs peuvent être des symptômes intrusifs comme des mouvements involontaires

(pseudo-épilepsie, tremblements, gestes involontaires) ou des sensations corporelles émanant d'une PE, donc sans lien avec le contexte du présent. Ils peuvent se présenter aussi sous la forme d'un revécu du traumatisme par des sensations corporelles ou des mouvements.

Les symptômes positifs sont le plus souvent produits par une PE, c'est-à-dire qu'ils représentent des actions réalisées par la PE en lien avec l'expérience traumatique et qui font intrusion dans la conscience de la PAN. Les symptômes négatifs peuvent être le fait de la PAN dans son évitement des intrusions de la PE : dans sa phobie des souvenirs traumatiques et des PE, la PAN a développé des actions d'évitement émotionnel, sensoriel ou cognitif. Les symptômes négatifs peuvent aussi être des intrusions d'une PE fixée sur un figement avec analgésie et/ou anesthésie, voire sur un moment de perte de conscience.

Cette catégorisation des symptômes dissociatifs a l'avantage de définir un spectre large de symptômes tout en les reliant directement à une étiologie qu'est la dissociation d'origine traumatique. Cela permet d'exclure de cette catégorisation des symptômes nommés souvent « dissociatifs » mais d'une autre étiologie. Cette clarification est un atout de la TDSP.

Présentations Cliniques de la Dissociation Structurelle

La TDSP s'est développée probablement principalement sur les observations des personnes atteintes de TDI ou d'autres troubles dissociatifs complexes mais Van der Hart et al. (2010) proposent que leur modèle soit applicable aux troubles d'origine traumatique dans leur ensemble, indépendamment du diagnostic officiel posé.

Le DSM-5 (APA, 2015) décrit le TDI comme marqué par la présence de « deux ou plusieurs états de personnalité distincts », ce qui amène à une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité et des altérations correspondantes à différents niveaux. Chaque état de personnalité (ou parties dissociatives) a ses propres modalités « de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur » (APA, 2015, p. 346). La CIM-11 (2019) reprend une définition similaire du TDI, amenant ainsi des éclaircissements par rapport à la CIM-10 (OMS, 1994). Cette discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité se manifeste par le passage d'une partie dissociative à une autre qui prend alors le contrôle exécutif mental et moteur pendant une certaine période de temps (alternance de parties, phénomène appelé « switch » en anglais) avant

que l'état de personnalité distinct de base ne reprenne le contrôle exécutif. A la lumière de la TDSP il y aurait donc changement du contrôle exécutif de la PAN à une PE ou à une autre PAN. Ces changements du contrôle exécutif peuvent avoir lieu aussi d'une PE à une autre PE. Les alternances de parties peuvent être clairement visibles par des changements de comportements, de voix et du contenu affectif et cognitif (p. ex. la personne peut soudainement se comporter et parler comme un enfant) alors que dans d'autres cas les changements d'une partie dissociative à l'autre sont plus subtils. On peut difficilement décrire ces phénomènes comme étant des modes ou des schémas cognitifs (Young, Koslo & Weishaar, 2017) puisqu'il y a une conscience et une idée de soi spécifique – parfois très élaborée – et des interactions avec le monde extérieur. La TDSP permet donc à la fois de décrire et de conceptualiser l'apparition et le développement de troubles aussi sévères que le TDI.

Pour d'autres séquelles post-traumatiques sévères comme l'ATDS-1 (ou TDI partiel selon la CIM-11), on est en présence de parties dissociatives provoquant néanmoins rarement des alternances de parties. Cependant les symptômes sont des intrusions dissociatives fréquentes et invalidantes : selon la TDSP des PE produisent des intrusions sensorielles, visuelles (pseudo-hallucinations), cognitives et émotionnelles que la PAN peine à éviter. Dans le cas du TSPT complexe (CIM-11), il y a absence d'alternance de parties et les symptômes intrusifs sont plus directement liés à l'événement traumatisant que dans le cas de l'ATDS-1. On observe des évitements de la part de la PAN à l'égard des intrusions des PE, et une atteinte générale sur la perception de soi, les relations interpersonnelles et la régulation émotionnelle. Des observations cliniques et des recherches plus poussées sont nécessaires pour comprendre la part des interactions PAN-PE dans cette nouvelle entité nosographique. Ce trouble serait selon Nijenhuis et al. (2010) un exemple de dissociation structurelle secondaire.

Selon la TDSP le trouble dépersonnalisation et/ou déréalisation – lorsqu'il est d'origine traumatique – se réfère à la déconnection de la PAN vis-à-vis de son vécu sensoriel et émotionnel, qui de ce fait est porté par une ou plusieurs PE. La phobie des stimuli conditionnels rappelant les expériences traumatisantes est telle qu'elle s'est généralisée à un grand spectre de sensations et de perceptions. La phobie est telle que les intrusions des PE sont rares, mais pas absentes.

Certains troubles considérés comme dissociatifs selon la TDSP sont essentiellement des symptômes somatoformes (Nijenhuis, 1999): troubles de

conversion selon le DSM (APA, 2015) et troubles dissociatifs à symptômes neurologiques selon la CIM-11 (OMS, 2019). Les symptômes de ces troubles correspondent aux symptômes somatoformes positifs et négatifs précédemment cités : ils se présentent par des intrusions motrices ou sensorielles d'une ou plusieurs PE sur la PAN. Selon les observations cliniques, ces intrusions somatoformes sont souvent en lien avec des comportements de défense mis en œuvre lors de l'événement traumatisant. Le SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire ; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck & Van der Hart, 1996 ; en français : El-Hage, Darves-Bornoz, Allilaire & Gaillard, 2002) basé sur ces travaux, est un bon détecteur des troubles dissociatifs. A noter que Sar et al. (2004) ont trouvé parmi des patients consultant pour un trouble de conversion 47,4 % d'autres troubles dissociatifs en utilisant l'outil diagnostique de référence des troubles dissociatifs SCID-D (Steinberg, 1994).

Selon Nijenhuis (2017b) et Van der Hart et al. (2010), le TSPT serait mieux compris comme un trouble dissociatif simple (structure dissociative primaire). Selon eux, le TSPT comporterait une division de la personnalité prémorbide en deux sous-systèmes : une PE fixée sur le trauma et produisant des symptômes intrusifs (flash-backs, reviviscences émotionnelles, sensorielles ou cognitives, activations neuro-physiologiques), et une PAN tentant d'éviter les rappels des souvenirs traumatiques. L'échec d'intégration (synthèse et réalisation) empêche de développer un souvenir narratif autobiographique de l'événement traumatisant, ce qui constitue le point crucial de la dissociation de la personnalité. Dans le cas d'un TSPT, selon Nijenhuis (2017b), la PE a une conscience de soi rudimentaire figée sur l'événement du trauma comme s'il avait encore lieu.

Par ailleurs un domaine de recherche intéressant serait de prendre en considération une possible dissociation structurelle dans des troubles pour lesquels des traumatismes ne sont généralement pas retenus comme un facteur étiologique central. On note de nombreuses comorbidités associées aux troubles dissociatifs (pour une revue : Sar, 2016). En sens inverse, lorsqu'on investigate un possible trouble dissociatif chez des sujets consultant pour un autre trouble, on note un pourcentage non négligeable de troubles dissociatifs. Par exemple Sar et al. (2003) ont trouvé que 64% d'un échantillon de patientes avec un trouble de personnalité borderline (TPB) avait un trouble dissociatif. Dans une étude d'Ural et al. (2015), 19% de patients consultant pour un trouble panique avait un trouble dissociatif (en particulier ATDS-1) diagnostiqué par le SCID-D (Steinberg, 1994). Belli et al. (2012) ont trouvé 14% de trouble dissociatif dans un groupe de patients

consultant pour un trouble obsessionnel compulsif (TOC). Dans une revue de la littérature, Belli (2014) rapporte que les patients ayant un TOC résistant à un traitement cognitivo-comportemental présenteraient plus de symptômes dissociatifs et d'expériences traumatiques de l'enfance. Pailleurs on a trouvé une prévalence de troubles dissociatifs dans des groupes de personnes toxico-dépendantes d'environ un quart (Somer, Altus & Ginzbrug, 2010 ; Tamar-Gürol et al., 2008). En outre il peut exister des chevauchements entre troubles dissociatifs et troubles psychotiques (Longden et al., 2020 ; Piedfort-Marin, 2019).

C'est principalement l'ATDS-1 qui est comorbide d'autres pathologies, un trouble dissociatif lors duquel le sujet fait l'expérience d'intrusions dissociatives provenant d'une partie dissociative – un trouble conceptualisé par la TDSP comme ayant une PAN et plusieurs PE. La plupart des études précitées utilisent le SCID-D comme outil diagnostique des troubles dissociatifs et non un questionnaire de dissociation, comme dans la plupart des études étudiant le lien possible entre dissociation et psychopathologie. Le SCID-D a l'avantage de mettre en avant de possibles parties dissociatives – qu'elles interagissent avec le monde externe ou qu'elles agissent au niveau intra-psychique (p. ex. sous forme de voix d'enfant, de voix critiques ou de flash-backs) – ce qui va dans le sens de la TDSP. Les recherches sont rares dans ce domaine et ces résultats ne sont pas une preuve suffisante de la présence d'une dissociation structurelle dans certains cas de psychopathologies diverses au-delà des troubles dissociatifs. Cependant l'état actuel de ces recherches interroge et cette hypothèse devrait être prise en considération pour de futures études.

Recherches Soutenant la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité

La TDSP considère que les troubles dissociatifs peuvent être catégorisés du plus simple (TSPT) au plus complexe (TDI). Un certain nombre d'études peuvent être considérées comme soutenant ce point de vue.

Au niveau du fonctionnement physiologique des études mettent en avant que, lorsque confrontés à des éléments de l'expérience adverse, les sujets ayant un TSPT d'hyperactivation/reviviscence (selon la TDSP, il s'agit d'intrusions répétées d'une PE) ainsi que les sujets TDI dans une PE revivant l'expérience traumatique montrent tous deux une augmentation du rythme cardiaque et de la pression sanguine systolique. Par contre pour les sujets ayant un TSPT sous-type

dépersonnalisation/déréalisation (selon la TDSP : il s'agit d'une PAN évitante de la PE) et pour les TDI en tant que PAN, on observe un rythme cardiaque inchangé voire bas, ce qui peut être mis en lien avec le détachement dont font preuve ces deux groupes de sujets (Nijenhuis, 2017b).

Au niveau structurel cérébral, Chalavi et al. (2015) ont montré que des sujets avec un TSPT et des sujets avec un TDI avaient des anomalies similaires (matière grise corticale plus petite au niveau du cortex frontal, temporal et insulaire) comparé à des contrôles sains. Par ailleurs les sujets TDI avaient un dorsal striatum plus grand et un hippocampe plus petit. Le lien entre traumatismes de l'enfance, TSPT et un volume hippocampal réduit est bien documenté (Karl et al., 2006 ; Kitayama et al., 2005 ; Smith, 2005), ainsi que le rôle des hormones de stress dans la destruction des cellules hippocampales. Par ailleurs, l'étude de Chalavi et al. (2015) a montré qu'un volume plus petit de l'hippocampe chez le TDI et le TSPT est corrélé à une histoire de trauma de l'enfance, apportant des éléments neuro-anatomiques aux observations cliniques et soutenant l'hypothèse d'une étiologie post-traumatique du TDI et d'une étiologie commune pour le TSPT et le TDI. Le volume de l'hippocampe serait plus petit pour des femmes TDI, ATDS-1 et TSPT par rapport à des sujets contrôles sains, avec une progressivité selon la gravité du trouble (TDI < ATDS-1 < TSPT) et la gravité des violences infantiles (Chalavi, 2015 ; Chen & Shi, 2011 ; Ehling, Nijenhuis & Krikke, 2008 ; Karl et al., 2006 ; Reinders et al., 2014 ; Woon, Sood & Hedges, 2010).

L'étude de Reinders et al. (2014) en neuro-imagerie fonctionnelle apporte des résultats préliminaires intéressants. Confronté à un indice d'un événement traumatisant, ce sont les mêmes structures cérébrales qui s'activent chez des sujets TDI dans une PE hyperactivée et chez des sujets TSPT de type hyperactivation/reviviscence : l'amygdale, l'insula, des parties des ganglions basaux, le cortex sensoriel, le gyrus temporal inférieur et certaines parties du cervelet. Nijenhuis (2017b, p.56) rappelle que « ces structures tiennent des rôles majeurs dans les réactions défensives émotionnelles et motrices inconscientes et conditionnées à des stimuli menaçants réels ou perçus, de même que dans l'évaluation de sensations et d'états corporels (d'alarme). » En outre, chez des patients ayant un TSPT avec dépersonnalisation/déréalisation et chez des patients TDI dans leur PAN, on trouve les mêmes schémas d'activation cérébrale dans les structures frontales (BA 9, 10, 24, 32), pariétales (BA 7, 40) et occipitales (BA 19), et dans les régions hippocampales, indiquant une possible suppression de la mémoire émotionnelle (Nijenhuis, 2015b, 2017b).

Schlumpf et al. (2013) ont testé les réponses de sujets TDI (dans leur PAN versus dans une PE fragile) et de sujets contrôles, exposés de manière subliminale à des visages menaçants. Les réactions neuro-physiologiques étaient différentes : hyperactivation pour les patients TDI en tant que PE et hypoactivation pour les PAN.

Chalavi et al. (2015) ainsi que Reinders et Veltman (2020) concluent que le TDI serait étroitement lié au TSPT et que ces deux troubles seraient d'origine traumatique : le TSPT serait le trouble le moins sévère et le TDI le trouble post-traumatique le plus sévère. Ce bref exposé des recherches dans ce domaine va dans le sens d'un soutien à la TDSP et à la catégorisation en dissociation structurelle primaire, secondaire et tertiaire.

Discussion

La TDSP peut apporter un intérêt spécifique à plusieurs niveaux. Premièrement, la description du processus psychologique de l'intégration des souvenirs traumatiques et des PE correspondantes, formée de la synthèse et de la réalisation (elle-même constituée de la personnification et de la présentification) nous semble un apport spécifique et utile. Les travaux en neuro-physiologie et en neuro-imagerie cérébrale permettent de comprendre les aspects neuro-physiologiques en jeu lors d'une expérience traumatisante et amenant à une incapacité à intégrer l'expérience en une narration auto-biographique (pour une revue sur ce sujet en lien avec la TDSP : Nijenhuis & Den Boer, 2009 ; Nijenhuis et al., 2010). Au niveau thérapeutique, le concept d'intégration selon la TDSP implique de reconstituer le souvenir de l'expérience traumatisante en aidant le sujet à relier et différencier les différents éléments (cognitions, émotions, sensations, images, etc.) dans la chronologie des événements pour pouvoir faire sienne cette expérience (personnification) et réaliser qu'elle a eu lieu dans le passé et que l'on peut vivre pleinement le moment présent en différenciant le passé du présent (présentification). La précision de la TDSP sur ce point nous semble utile au niveau thérapeutique. Le clinicien peut être ainsi mieux guidé dans les étapes à atteindre, indépendamment de la méthode utilisée.

Deuxièmement la TDSP propose une définition de la dissociation d'origine traumatique qui nous semble plus spécifique et plus sensible que d'autres formulations, y compris dans le champ des TCC. Plusieurs auteurs dans le champ des TCC proposent une compréhension du TSPT (Ehlers & Clark, 2000 ; Foa &

Kozak, 1986) qui a permis le développement d'interventions essentiellement par exposition et restructuration cognitive. La dissociation y est définie principalement comme une hypoactivation physiologique et affective, négligeant l'existence de symptômes dissociatifs positifs pouvant impliquer une hyperactivation. Kennedy et al. (2004) proposent un modèle cognitif de la dissociation et déclarent (p. 27) que « le modèle du trouble de stress post-traumatique d'Ehlers et Clark (2000) inclut la dissociation en tant que facteur mais ils échouent à élaborer les processus qui pourraient être impliqués et comment ils pourraient interagir avec le reste du modèle. » Le modèle de Kennedy et al. (2004) est basé sur une revue de la littérature incluant les auteurs de la TDSP. Ils se basent aussi sur le modèle BASK de Braun (1988) – BASK pour « behaviour, affect, sensation and knowledge » (comportement, affect, sensation et connaissance) – selon lequel une expérience traumatisante peut empêcher une intégration de ces quatre éléments de l'expérience en un souvenir narratif autobiographique. Selon Kennedy et al. (2004, p. 28) la présence d'une menace « active un mécanisme qui inhibe les processus qui normalement permettraient l'association d'informations » faites de schémas cognitifs, affectifs, physiologiques et comportementaux/motivationnels). « La dissociation de ce qui normalement serait associé empêche l'intégration du matériel traumatique et son élaboration subséquente en des souvenirs porteurs de sens » (Kennedy et al., 2004, p.29). On voit là des rapprochements avec la TDSP. Néanmoins nous voyons plusieurs limitations à ce modèle. Tout d'abord la notion d'intégration de l'expérience traumatique n'est pas élaborée avec la même précision que Van der Hart et al. (2010). Par ailleurs, pour valider leur modèle, Kennedy et al. ont développé un questionnaire pour mesurer la dissociation (le Wessex Dissociation Scale – WDS) qu'ils n'ont néanmoins pas testé avec des sujets ayant un trouble dissociatif, ce qui nous semble problématique pour la validation d'un modèle de la dissociation. Enfin, se basant sur les théories cognitives de Beck (1996) et son concept de schéma, une forme de dissociation consisterait selon Kennedy et al. en un découplage entre différents modes. Comme ils n'ont pas testé leur modèle avec des sujets ayant un trouble dissociatif, il est difficile de savoir si le concept de mode peut inclure un phénomène similaire à la dissociation structurelle au sens de la TDSP.

Young, Klosko et Weishaar (2005, p. 74) proposent que les troubles de personnalité soient expliqués par le concept de schémas et de modes. Ils considèrent que les différentes parties des TDI « sont des formes extrêmes de modes dysfonctionnels » et que le « clivage n'est pas allé aussi loin » chez les

borderlines en comparaison des TDI. Le « spectre de la dissociation » auquel Young et al. font référence n'est pas sans rappeler le continuum de la dissociation dans la thérapie des états du moi (Watkins & Watkins, 1997), continuum qui n'est pas sans problème conceptuel (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse)

Avec Nijenhuis (2015b, 2017a) il nous semble que le concept de dissociation devrait être défini de manière suffisamment spécifique et sensible pour différencier des phénomènes peut-être proches mais distincts. Il propose de différencier dissociation structurelle de la personnalité et *modes de volonté et d'effort* (« modes of longing and striving », Nijenhuis, 2017a, p. 87). La dissociation structurelle de la personnalité impliquerait une division d'origine traumatique de la personnalité pré-morbide en plusieurs sous-systèmes ayant chacun un sens de soi – même rudimentaire – alors que les modes de volonté et d'effort représentent les volontés ou besoins de l'individu et les actions qu'il met en œuvre pour les réaliser. Un individu peut être mu par des volontés différentes – voir opposées – alors que dans le cas d'une structure dissociative les différentes PAN et PE sont mues chacune par un ou plusieurs modes de volonté et d'effort spécifiques et, p. ex., le mode de volonté de la PAN va s'opposer à celui de la PE. Par ailleurs une partie dissociative (la PAN p. ex.) peut avoir plusieurs modes de volonté et d'effort différents voir opposés, comme dans le cas d'un attachement désorganisé. Ces considérations sont importantes pour le traitement, par exemple du TPB. Van der Hart et al. (2010) incluent le TPB *d'origine traumatique* dans la dissociation structurelle secondaire, avec la présence d'une PAN et de plusieurs PE expliquant des variations des affects, des sensations, des cognitions et des comportements. Néanmoins les observations cliniques nous incitent à considérer qu'il existerait aussi des TPB pour lesquels les variations affectives et cognitives nous semblent plutôt des modes de volonté et d'effort différents mais réalisés par la même partie de la personnalité (la PAN). La différenciation des TPB (ou d'autres troubles) selon la présence ou non d'une dissociation structurelle présente selon nous un intérêt non négligeable au niveau conceptuel et au niveau thérapeutique. Des recherches empiriques poussées sont nécessaires pour considérer s'il existe effectivement des sous-types dissociatifs pour certains troubles, comme par exemple pour le TPB.

Conclusion

La TDSP propose de conceptualiser et d'expliquer les troubles d'origine post-traumatique du plus simple au plus complexe, et elle nous semble compatible avec l'approche cognitivo-comportementale. Les théories de l'apprentissage et du conditionnement font partie intégrante de la TDSP pour expliquer à la fois la dissociation structurelle initiale et son maintien dans le temps. La psychothérapie devrait prendre en considération la dissociation structurelle en suivant pour cela un traitement par phases (ISSTD, 2011 ; Van der Hart et al., 2010) : (1) phase de sécurisation, stabilisation et réduction des symptômes, (2) phase d'intégration des PE et souvenirs traumatiques, et (3) réhabilitation de la personnalité. Dans le cadre d'un tel traitement orienté par phases, par des expositions très progressives de la PAN aux PE et aux souvenirs traumatiques revécus par les PE, la PAN pourra progressivement dépasser sa phobie des PE (phase 1), puis des souvenirs traumatiques (phase 2) pour pouvoir ensuite intégrer l'événement traumatisant par sa synthèse et sa réalisation, amenant à une fusion des parties dissociatives (phase 3). Une étude de Brand et al. (2012) a montré l'intérêt de suivre un traitement par phases pour les patients TDI et ATDS-1.

L'apport majeur de la TDSP est de proposer une définition spécifique et sensible de la dissociation, ce qui n'est pas sans effet sur des aspects nosographiques. Plusieurs recherches en neuro-physiologie et neuro-imagerie vont dans le sens de la TDSP mais ces études doivent être répliquées pour pouvoir confirmer ce modèle. Des recherches sont encore nécessaires sur les implications conceptuelles et cliniques de la TDSP.

Références

American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^{ème} édition) (DSM-5). Paris : Elsevier-Masson.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). London: Guilford Press.

Belli, H., Ural, C., Vardar, M.K., Yesilyurt, S., Oncu, F. (2012). Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 975-980.

Belli, H. (2014). Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World Journal of Clinical Cases*, 2 (8), 327-331.

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., Pain, C., & Putnam, F. W. (2012). A Longitudinal Naturalistic Study of Patients With Dissociative Disorders Treated by Community Clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (4), 301-308

Braun, B. G. (1988). The BASK (behaviour, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation*, 1, 4-15.

Chalavi, S., Vissia, E.M., Giesen, M.E., Nijenhuis, E.R.S., Draijer, N., Cole, J.H., ... Reinders, A.A.T.S. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and posttraumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36 (5), 1692-704

Chen, J., & Shi, S. (2011). A review of neuroimaging studies of anxiety disorders in China. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 241-249.

Dorahy, M.J., & Van der Hart, O. (2015). DSM-5's posttraumatic stress disorder with dissociative symptoms: challenges and future directions. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16 (1), 7-28.

El-Hage, W., Darves-Bornoz, J.M., Allilaire, J.F., & Gaillard, P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3 (3), 59-73.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.

Ehling, T., Nijenhuis, E.R.S., & Krikke, A.P. (2008). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings. In E.R. de Kloet, M.S. Oitzl, & E. Vermetten (Eds.), *Progress in brain research* (Vol. 167, pp.301-310). Amsterdam: Elsevier.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD. (2011). Chu, J.A., Dell, P.F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P.M., Somer, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., et al. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12,115-18. doi: 10.1080/15299732.2011.537248

Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes. Vol. 1*. Paris : Félix Alcan.

Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.

Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan.

Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris : A. Chahine.

Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.

Karl, A., Schaefer, M., Malta, L.S., Dorfel, D., Rohleder, N., & Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 1004-1031.

Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, H., Fearon, P., Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 35, 25-48.

Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P., & Bremner. J.D. (2005). Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 88 (1), 79-86.

Leutner, S., & Piedfort-Marin, O. (sous presse). The concept of ego state: from historical background to future perspectives. *European Journal of Trauma and Dissociation*.

Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 1-10. doi:10.1093/schbul/sbaa037

Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 184, 688-694.

Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatoform dissociation : phenomena, measurement, and theoretical issues*. London : Norton.

Nijenhuis, E.R.S. & Den Boer, J.A. (2009). Psychobiology of traumatisation and trauma-related structural dissociation of the personality. In P.F. Dell, & J.A. O'Neil (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 337-367). New York: Routledge.

Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52 (1), 1-23.

Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (2011). Defining dissociation in trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12 (4), 469-473.

Nijenhuis, E.R.S. (2015a). Boundaries on the concept of dissociation and dissociative parts of the personality: required and viable. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34 (1), 55-85.

Nijenhuis, E.R.S. (2015b). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 1 and 2*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Nijenhuis, E.R.S. (2017a). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 3*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Nijenhuis, E.R.S. (2017b). Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 47-62.

Nijenhuis, E.R.S. (2017c). La dissociation dans le DSM-5: votre opinion s'il vous plait Docteur Janet ? *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 205-209.

Nijenhuis, E.R.S. (2019). The metaphor of dissociation: teleological, phenomenological, structural, dynamical. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 44, 72-105.

Organisation mondiale de la sante – OMS (1994). *Classification internationale des troubles mentaux – CIM-10*. Paris : Masson.

Organisation Mondiale de la Santé – OMS. (2019). *ICD-11 [CIM-11] International Classification of Diseases, 11th version*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York, NY : Oxford University Press.

Piedfort-Marin, O. (2019). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas. *Annales Médico-psychologiques*, 177, 788-795.

Piedfort-Marin, O., Rignol, G., & Tarquinio, C. (sous presse). Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-Psychologiques*.

Reinders, A.A.T.S., Willemsen, A.T.M., Den Boer, J.A., Vos, H.P.J., Veltman, D.J., & Loewenstein, R.J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: a PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223 (3), 236-243.

Sar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Yargic, I.L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., & Özdemir, Ö. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (1), 119-135.

Sar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.

Sar, V. (2016): The psychiatric comorbidity of dissociative identity disorder: An integrated look. In A. P. van der Merwe & V. Sinason (Eds.), *Shattered but Unbroken: Voices of Triumph and Testimony* (pp.181-210). Karnac Press, London.

Schlumpf, Y.R., Nijenhuis, E.R.S., Chalavi, S., Weder, E.V., Zimmermann, E., Luechinger, R., & Jäncke, L. (2013). Dissociative-part dependent biopsychosocial

reactions to backward masked angry and neutral faces: an fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54-64.

Smith, M.E. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus*, 15, 798-807.

Somer, E., Altus, L., & Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the "chemical dissociation" hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 51 (4), 419-425.

Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Tamar-Gürol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., & Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (5), 540-547.

Ural, C., Belli, H., Akbudak, M., & Tabo, A. (2015). Childhood traumatic experiences, dissociative symptoms, and dissociative disorder comorbidity among patients with panic disorder: a preliminary study. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16 (4), 463-475.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles : De Boeck. Version originale (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York : Norton. Version Française.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego States Theory and Therapy*. New York : Norton.

Wood, F.L., Sood, S., & Hedges, D.W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adult: a meta-analysis. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34, 1181-1188.

Young, J.E., Koslo, J.S., & Weishaar, M.E. (2017). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité* (2^{ème} édition). Bruxelles : De Boeck

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Onno van der Hart pour ses commentaires sur une version précédente du manuscrit final ainsi qu'Ellert Nijenhuis pour ces commentaires sur une partie du manuscrit.

Remarques additionnelles : définition des parties dissociatives

Définir les parties dissociatives émotionnelles

La définition d'une PE est intrinsèquement liée à la définition de la dissociation. Le débat approfondi entre Ross (2015), Schimmenti & Caretti (2015) et Nijenhuis (2014, 2015b) est un exemple des différences de point de vue et de l'intensité du débat conceptuel. Ross (2015) propose une définition si large d'une PE qu'il n'est pas clair ce que n'est pas une PE. Avec Nijenhuis (2015b) nous sommes d'avis qu'un concept doit être sensible et spécifique, sans quoi on ne sait plus de quoi on parle. Nous avons clarifié dans l'article précédent la définition du concept de dissociation selon la TDSP et Nijenhuis (2015a, 2017a). Ce dernier précise également comment définir une PE afin de mieux différencier les parties dissociatives d'autres phénomènes décrits, selon les auteurs et selon les approches, par modes (Young et al., 2017), états du moi (Watkins & Watkins, 1997), ou encore ambivalence, conflit entre plusieurs désirs, conflit intrapsychique, etc.

Selon Nijenhuis, on peut trouver un déficit d'intégration dans ces différents concepts, ainsi que dans de nombreux troubles psychiatriques qui ne sont pas dissociatifs et qui n'ont pas de dissociation structurelle sous-jacente. Mais le déficit d'intégration dans le contexte d'une situation traumatisante et ayant participé à une dissociation structurelle, est de nature différente et a des effets différents, en l'occurrence l'apparition d'une ou plusieurs PE. Nous sommes donc contraints de préciser ce qu'est une PE.

Comme nous l'écrivons dans un article qui sera présenté dans la 3^{ème} partie de cette thèse (Piedfort-Marin, 2018) :

« Selon Nijenhuis (2015a¹), une PE, pour être considérée comme telle, devrait avoir au moins une perspective à la première personne, même

¹ Pour faciliter la lecture, les références de cet article sont en accord avec la liste de références de la thèse et non avec la liste de référence de l'article en question.

rudimentaire. Cela signifie que cette entité a « l'expérience phénoménale d'être un « je » avec des sensations corporelles, des émotions, des perceptions et des pensées » (Nijenhuis, 2015a, p. 86). En ce sens, les PE ont une auto-conception qui peut être assez différente de celle de la PAN ou d'autres PE. La perspective à la quasi-deuxième personne concerne la relation «je-moi» ou «je-mon bras», c'est-à-dire « l'expérience phénoménale et la conception de la propriété et de l'agentivité » (Nijenhuis, 2015a, p. 87). En d'autres termes, encore une fois selon Nijenhuis, la perspective à la quasi-deuxième personne est un jugement de l'expérience phénoménale. La perspective à la deuxième personne concerne la relation «je-toi». Cela implique une relation avec une autre personne ou une autre partie dissociative, ainsi qu'un jugement phénoménal de l'autre (Northoff, 2003). Enfin, la perspective à la troisième personne se rapporte à la relation «je-il/elle». Au lieu d'un jugement phénoménal comme dans la perspective à la quasi-deuxième personne et la perspective à la deuxième personne, la perspective à la troisième personne implique un jugement *physique* du sujet jugeant envers un autre sujet qui est par conséquent considéré comme un objet, ce qui est donc analysé en dehors de toute perspective à la deuxième personne.

Ces différentes perspectives de personnes sont utiles pour explorer le degré de relation d'une PE à elle-même et à d'autres parties dissociatives ou à d'autres individus. Elles permettent une compréhension précise du degré de développement d'une PE. »

On peut aussi dire que chaque partie dissociative – donc également chaque PE – a sa propre conception phénoménale de soi et sa conception phénoménale d'une relation d'intentionnalité.

Nijenhuis (2015b, p.16), se référant à Metzinger (2003) précise :

« Nous avons besoin de la perspective à la première personne pour l'expérience phénoménale d'être quelqu'un, pour le contrôle de nos actions, pour devenir l'objet de notre propre attention et pour l'autoréférence cognitive. Cette perspective est également nécessaire pour créer un lien entre nous, en tant que sujet phénoménal, et le monde phénoménal. Lorsque ce lien existe, nous pouvons apprécier le fait que nous sommes des sujets agissants et vivant du monde tel que nous le vivons et le connaissons. Les parties dissociatives répondent à ce critère. Leur

conception phénoménale de soi et leur conception phénoménale d'une relation d'intentionnalité englobent essentiellement cette perspective. »

Dans le TDI il est assez flagrant que les PE ont une conception phénoménale de soi, des autres et du monde, et une conception phénoménale d'une relation d'intentionnalité. Ces PE interagissent avec l'environnement, avec d'autres personnes ; elles peuvent connaître des personnes et faire des actions dont la PAN ou d'autres PE n'ont pas connaissance. Chaque PE a des besoins différents, comme en témoignent par exemple les différents types d'interactions avec le thérapeute ou avec d'autres personnes.

Dans des TD ou d'autres troubles basés sur une dissociation structurelle, en l'absence de prise du contrôle exécutif total d'une PE sur la PAN, il peut ne pas être clair s'il y a cette conception phénoménale de soi, des autres et du monde. Cela demande une analyse de la situation pour évaluer s'il y a un agent séparé (PE) qui produit les symptômes. L'exemple qui suit illustre cela, ainsi que les exemples qui illustreront les articles de la 3^{ème} partie de cette thèse.

Vignette clinique

Une patiente consulta pour un trouble panique qui ne l'empêchait néanmoins pas de travailler ni de sortir avec ses amies. Lors d'une consultation au service d'urgences médicales après une attaque de panique, inquiète d'avoir un problème cardiaque, le médecin de garde lui prescrit des anxiolytiques, puis lui demanda si elle avait des idées suicidaires, ce à quoi elle répondit tranquillement par la négative. Le médecin posa plus de questions que nécessaire sur ce sujet, sans doute pour donner au stagiaire qui l'accompagnait un modèle de questionnement des idées suicidaires. Suite à cette visite, la patiente développa des phobies d'impulsion, avec la peur qu'elle pourrait vouloir soudainement se suicider et le faire. Un traitement EMDR ciblant cette problématique fut sans aucun effet. En fin de séance, la patiente étant dans un état d'angoisse avancé, nous tentâmes l'intervention suivante : « S'il y a en vous une force responsable de ces images de suicides, alors je lui demande de vous envoyer à la place des images de marteau et de clous. » La semaine suivante, la patiente dit ne pas avoir eu d'image de suicide de toute la semaine, mais avoir eu des images de marteau

et de clous. Cela voulait dire qu'une PE m'avait entendu et avait accepté de collaborer. Il y avait en effet action en dehors du contrôle de la PAN (images de suicide) et modification du symptôme sans effort de la PAN. Nous explorâmes la présence possible d'une PE avec des signaux idéo-moteurs, en demandant à la PAN de garder le contrôle de tout le corps, sauf des doigts, et en demandant à une possible « force interne » de faire un signe en levant un doigt : « S'il y a une force à l'intérieur responsable des images de suicide, alors elle pourrait lever un doigt. » Un doigt se leva. En clarifiant des signaux *oui/non/je ne sais pas*, on put ainsi dialoguer avec une PE qui refusait de donner des éléments sur les raisons de ces images, mais accepta d'arrêter de les produire. En quelques séances, les « phobies d'impulsion » sous forme d'images de suicide cessèrent et la patiente pu continuer le traitement sur le trouble panique.

Les prototypes de parties dissociatives

Nous aimerions compléter un point concernant les prototypes de parties dissociatives, thème qui a été abordé de manière trop brève dans l'article précédent. Dans un développement de la TDSP, Nijenhuis (2015a, 2017a) propose une catégorisation un peu plus avancée des parties dissociatives, en se basant sur ses observations que trois types d'action identifient trois prototypes de parties dissociatives : l'ignorance, la fragilité et le contrôle – le titre de son ouvrage étant par ailleurs : *The trinity of trauma : ignorance, fragility, and control* (Nijenhuis, 2015a, 2017a).

Voulant éviter autant que possible les souvenirs traumatiques et la douleur physique et mentale associée, la PAN engage des actions d'évitement de ces souvenirs et des PE. On est donc face à une phobie des souvenirs traumatiques et une phobie des autres parties dissociative comme on l'a vu. Ainsi **la PAN a comme désir d'ignorer les PE** qui lui font peur et/ou qu'elle déteste et d'ignorer les événements traumatisants vécus. Ceci afin de mieux faire ce qu'elle souhaite faire, c'est-à-dire fonctionner au quotidien : travailler, avoir une vie sociale, se nourrir, profiter des choses agréables de la vie, tous ces systèmes d'action axés sur la vie quotidienne et la survie de l'espèce (Panksepp, 1998 ; Van der Hart et al., 2010). Ignorer les réalités terribles du passé, et tenter de délimiter ainsi les fragilités que cela a entraîné, c'est une forme de contrôle de la part des PAN. Par ailleurs cela peut les rendre tout de même fragiles dans leur fonctionnement.

Nijenhuis propose deux prototypes de PE : les PE fragiles et les PE contrôlantes.

En étant fixées sur les événements traumatiques, **les PE fragiles portent l'expérience douloureuse** de l'événement traumatisant. Elles s'engagent dans des systèmes d'action de défense comme on l'a vu, et en ce sens il s'agit d'une tentative de contrôle. Ces parties vivent et revivent les événements traumatiques et ainsi mettent en avant leur fragilité à travers leur souffrance, panique, douleur, pleur d'attachement, etc.

Les PE contrôlantes « veulent contrôler leur vie et leur *umwelt* » (Nijenhuis, 2017a, p.17). Elles s'engagent dans des actions qui ont pour but de contrôler la/les PAN et/ou les PE fragiles. Nijenhuis préfère ce terme de *PE contrôlantes* à celui de *PE imitant l'agresseur* (Van der Hart et al., 2010), parce que selon lui, imiter l'agresseur est en fait un moyen de contrôler et non l'objectif premier qui est le contrôle. Par leur besoin de contrôle, ces PE tentent en fait d'ignorer leur fragilité.

Les PE fragiles tout comme les PE contrôlantes ignorent la réalité actuelle (l'espace spatio-temporel du présent) et le fait qu'elles appartiennent à un tout qu'est la personnalité.

Par ces trois thématiques – ignorance, fragilité et contrôle – Nijenhuis y voit les problématiques centrales des personnes souffrant d'un TD et au-delà des troubles d'origine traumatique. Nous pensons que cela a un intérêt clinique intéressant parce que c'est justement ce à quoi les psychothérapeutes sont confrontés avec ces patients TD :

- De nombreuses PAN veulent simplement se débarrasser de leurs symptômes et ne rien savoir de plus.
- Certaines PE expriment leurs souffrances avec une telle vigueur que les thérapeutes sont souvent touchés et atteints par cette fragilité, en particulier lorsqu'elle s'expose en séance
- D'autres PE veulent imposer leurs règles sur les autres parties dissociatives, mais aussi parfois sur le thérapeute, en tentant aussi de le contrôler, par exemple en limitant ses capacités d'actions thérapeutiques.

Cela sera illustré plus loin dans les articles de cas cliniques.

Synthèse de la 1^{ère} partie : Conceptualisation des troubles dissociatifs

Cette 1^{ère} partie nous fait entrer dans la complexité des TD – en particulier du TDI – et on voit comme ses troubles nous obligent à questionner des concepts qui peuvent sembler acquis. Ils nous obligent à faire un retour plus d'un siècle en arrière, dans ce qui fut sans doute l'âge d'or de la psychopathologie. Les concepts que nous utilisons encore aujourd'hui sont apparus à cette époque. Sans doute certaines présentations cliniques extrêmes des troubles de l'époque – hystérie, démence précoce, schizophrénie – se sont-elles faites plus rares de nos jours. L'augmentation du niveau d'éducation et des conditions socio-économiques, l'amélioration de l'hygiène, le recul des maltraitances et des négligences, l'amélioration de la prise en charge des malades psychiques, y jouent certainement un rôle. Néanmoins, les violences et négligences sur les enfants et adolescents, et sur les adultes, existent toujours, tout comme leurs séquelles. Les TD en font partie et forment sans doute les séquelles post-traumatiques les plus sévères.

L'usage du mot « dissociation » est sujet à trop de définitions différentes (Nijenhuis, 2015b ; Nijenhuis & Van der Hart, 2011 ; Dorahy & Van der Hart, 2015). Une certaine rigueur devrait s'imposer dans ce domaine, car si le terme « dissociation » décrit des phénomènes les plus divers, tantôt normaux tantôt pathologiques, alors c'est tout le champ d'étude des TD qui est en danger par absence de rigueur.

Nous nous sommes positionné sur une définition de la dissociation comme une division pathologique de la personnalité pré-morbide en plusieurs sous-systèmes dans les suites d'une situation potentiellement traumatisante lorsque le sujet ne peut pas intégrer cet événement en un récit autobiographique narratif. En ce sens nous suivons les propositions de Van der Hart et al., (2010) et Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

Sur la base de cette définition claire, nous pouvons à présent nous intéresser aux questions diagnostiques des TD, ce qui formera la 2^{ème} partie de cette thèse.

2^{ème} PARTIE

DIAGNOSTIQUER

LES TROUBLES DISSOCIATIFS

Olivier Piedfort-Marin, Cyril Tarquinio, Marlene Steinberg,
Sabine Azarmsa, Thérèse Cuttelod, Marie-Eve Piot, Deborah Wisler,
Eva Zimmermann, Jessie Nater

Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D
semi-structured clinical interview for diagnosing
DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders.

Publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* (sous presse)

Olivier Piedfort-Marin

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser
et traiter la psychose dissociative: deux études de cas.

Publié en 2019 dans les *Annales Médico-psychologiques*, 177, 788-795.

CONTENU DE LA 2^{ÈME} PARTIE : DIAGNOSTIQUER DES TROUBLES DISSOCIATIFS

2.1. Introduction.

2.2. Les différents diagnostics de trouble dissociatif.

2.3. Les différents instruments de détection et de mesure des troubles dissociatifs.

2.4. Les différents instruments de diagnostic des troubles dissociatifs.

2.5. Répondre au besoin d'un instrument de diagnostic des troubles dissociatifs en langue française : le SCID-D.

2.6. ARTICLE: Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders.

2.7. Données additionnelles sur l'étude de validité du SCID-D.

2.7.1. Intérêt des questionnaires de détection des troubles dissociatifs.

2.7.2. Le trouble de dépersonnalisation/déréalisation : un trouble dissociatif ?

2.7.3. Les troubles dissociatifs et les confusions diagnostiques avec d'autres troubles.

2.7.4. Différencier le TDI partiel et le TSPT complexe

2.7.5. Troubles dissociatifs, faux positif, imitation.

2.8. ARTICLE: La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas.

Synthèse de la 2^{ème} partie.

2.1. Introduction au chapitre 2 : diagnostic des troubles dissociatifs

Dans l'espace francophone, il n'y a à notre connaissance aucune donnée épidémiologique à disposition sur les TD. Ainsi nous ne savons donc pas quelle est la prévalence des TD en France, ni dans de nombreux autres pays d'ailleurs. Les études internationales laissent penser que les TD (tous types confondus) sont relativement fréquents. Ainsi, sur la base d'études internationales, la prévalence médiane des TD dans les populations de patients hospitaliers serait de 10,2% et de 8,6% pour les populations de patients ambulatoires (Dell, 2009). Ils seraient néanmoins sous-diagnostiqués avec comme conséquence des diagnostics erronés et des traitements inadéquats. En Suisse alémanique une étude de Mueller-Pfeiffer et al. (2012) fit passer le SCID-D à 160 volontaires parmi les patients consultant plusieurs services régionaux de psychiatrie ambulatoire : 18,8% présentèrent un TD, en particulier un TDI (7,5%) et un trouble dissociatif spécifié de type 1 selon le DSM-IV (APA, 1996) (ATDS-1 dans le DSM-5 [APA, 2015]) (6,3%). Leurs analyses du fonctionnement global et le handicap en lien avec les TD concluent que les TD, en particulier le TDI et le TDNS-1, remplissaient les critères d'une « maladie mentale sévère ». Ces chiffres inquiétant en termes de santé publique amènent au constat qu'il est indispensable d'avoir des instruments diagnostiques en langue française et un processus diagnostique rigoureux et validé.

La question du diagnostic des troubles dissociatifs (TD) est un sujet épineux avec plusieurs niveaux de difficultés. Nous avons vu précédemment les confusions conceptuelles et sémiologiques au sujet du trouble dissociatif de l'identité (TDI). Il en est de même pour les autres TD. Les difficultés sont de plusieurs ordres :

- Dans certains cas, le diagnostic est clair aux yeux d'un spécialiste alors que le patient se verra attribuer des diagnostics différents par des cliniciens qui ne sont pas au fait des TD,

- Dans d'autres cas, la complexité des symptômes dissociatifs, souvent associés à des comorbidités sévères, rend le diagnostic incertain même pour des experts confirmés,
- La compréhension du concept de dissociation amène à des confusions diagnostiques comme nous l'avons vu plus haut dans la 1^{ère} partie,
- Il existe un certain nombre de questionnaires mesurant la dissociation, mais qui ne se réfèrent pas tous aux mêmes concepts de « dissociation ». Ainsi on ne sait pas suffisamment précisément ce que mesurent ces questionnaires qui sont pourtant utilisés dans la clinique – souvent avec un but diagnostique en l'absence d'un instrument diagnostique en langue française – alors qu'ils ne devraient être utilisés que dans un but de détection ou de mesure de la sévérité du trouble,
- Il existe peu d'instruments diagnostiques des TD et, à notre connaissance, un seul seulement validé en langue française, le SCID-D (Semi-structured Clinical Interview for Diagnosing DSM-5 and ICD-11 Dissociative Disorders) dans sa dernière version,
- L'utilisation des instruments diagnostiques des TD nécessitent de connaître les TD et d'être à l'aise avec la passation de ces outils. Ce ne sont pas des outils aussi simples que des outils diagnostiques des troubles anxieux ou dépressifs par exemple,
- Les diagnostics les moins sévères comme les Autres troubles dissociatifs spécifiés (ATDS) selon le DSM-5 et le trouble de dépersonnalisation/déréalisation font rarement l'objet de contestations (et tout au plus de diagnostics différents). Cependant les plus sévères – ou en tout cas les plus impressionnants – comme le TDI, l'amnésie dissociative ou certains troubles dissociatifs à symptômes neurologiques ou troubles de conversion, font l'objet de suspicions et de remises en question au point où certains considèrent qu'il s'agit de cas de simulation, sur la base de mythes pseudos scientifiques, comme nous l'avons vu dans la 1^{ère} partie.

A travers cette liste de difficultés on voit émerger à la fois la nécessité d'avoir un processus diagnostique validé, discriminant et fidèle, et en même temps la nécessité d'un processus permettant de s'approcher au plus près du sujet dans sa complexité et sa singularité. Il s'agit là d'associer rigueur et complexité.

Le SCID-D est reconnu depuis un bon nombre d'années comme un outil « gold standard » pour le diagnostic des TD (Allen, 2000 ; Putnam & Loewenstein, 2000 ; Welburn et al., 2003). Voyant l'absence d'outil diagnostique en langue française, il fallait traduire le SCID-D et mener une étude de validité de cet outil, afin de mettre à disposition des cliniciens un outil reconnu pour clarifier le diagnostic de leurs patients, que ce soit dans le cadre d'un rapport d'assurance, de recherche, d'évaluation clinique ou dans le cadre d'échanges avec des collègues. Ce fut une tâche longue et fastidieuse, d'autant plus que le DSM-5 (APA, 2015) fut publié durant cette période, avec quelques modifications par rapport au DSM-IV (1996). Ensuite la préparation de la CIM-11 (OMS, 2019) perturba aussi le travail sur la version française du SCID-D. Dans cette période Marlene Steinberg, auteur du SCID-D (Steinberg, 1994), décida de réaliser des ajustements à cet outil en tenant compte des légères modifications du DSM-5 et de la pratique du SCID-D des dernières années. Puis elle décida de rendre le SCID-D compatible avec la future version de la CIM-11 (OMS, 2019), ce qui est là un changement majeur pour un outil diagnostique d'origine américaine. Ainsi la dernière version du SCID-D peut être utilisée aussi bien en suivant les classifications du DSM-5 ou de la CIM-11 (qui devrait entrer en force en 2022). Une étroite collaboration avec Marlene Steinberg a permis que nous puissions valider la toute dernière version du SCID-D en langue française (Piedfort-Marin, Tarquinio et al., sous presse). La toute première étude sur cette version récente du SCID-D porte sur la version française. Le SCID-D en langue française devrait être disponible d'ici peu.

Deux articles forment le centre de ce chapitre sur le diagnostic des TD.

Le premier article présente l'étude de validité et fiabilité du SCID-D. Il s'agit d'une étude statistique sur ce procédé diagnostique semi-structuré.

Le second article décrit deux cas cliniques pour lesquels le procédé diagnostique a nécessité un processus quasi-thérapeutique. Ce sont justement deux cas pour lesquels il fallait « entrer dans le monde du patient » (Van der Hart, Witzum & Friedman, 1993, p.10), s'approcher au plus près de la singularité du sujet pour pouvoir poser un diagnostic, de manière donc assez éloignée d'un processus diagnostique structuré comme le SCID-D, tout en gardant néanmoins une rigueur dans ce processus adapté au patient dans toute sa singularité.

Ces deux articles représentent bien à la fois la nécessité d'un processus diagnostique rigoureux et fiable, et à la fois le besoin – dans certains cas – de réaliser un processus diagnostique permettant d'être au plus près du vécu subjectif et complexe du patient, mais en gardant néanmoins une rigueur conceptuelle et clinique.

Avant tout, pour commencer, nous allons présenter les différents diagnostics de TD, avant de présenter les différents outils de détection et de diagnostic. Nous présenterons aussi des données cliniques supplémentaires qui mettent en avant la complexité clinique du processus diagnostique des TD.

2.2. Les différents diagnostics de trouble dissociatif.

Nous présentons dans le tableau 1 les différents diagnostics de TD des différents manuels diagnostiques (DSM5, CIM-10 et CIM-11). Nous avons tenté de rapprocher les différents diagnostics là où c'était possible afin de voir les rapprochements et les différences entre les différents manuels. Nous avons délibérément pris en considération la CIM-10 (OMS, 1994) et la CIM-11 (OMS, 2019) puisqu'à ce jour la CIM-10 est toujours la version en force de la catégorisation de l'OMS. La CIM-11 devrait entrer en force en 2022.

Tableau 1 : Comparatif des diagnostics des troubles dissociatifs dans le DSM-5, la CIM-11 et la CIM-10.

DSM-5 Troubles dissociatifs	CIM-11 Troubles dissociatifs	CIM-10 Troubles dissociatifs
<p>Trouble dissociatif de l'identité</p> <p>Perturbation de l'identité caractérisé par deux ou plusieurs états de personnalité distincts.</p> <p>Discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité.</p>	<p>Trouble dissociatif de l'identité</p> <p>Perturbation de l'identité lors de laquelle il y a deux ou plusieurs états de personnalité distincts (identités dissociatives). Chaque état de personnalité a son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation à soi, son corps et l'environnement.</p> <p>Discontinuité marquée du sens du soi et de l'agentivité.</p> <p>Au moins deux états de personnalité distincts prennent le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu en interagissant avec autrui ou l'environnement, comme dans la réalisation de certains aspects de la vie quotidienne comme le rôle de parent, le travail, ou en réponse à des situations spécifiques (perçues comme menaçantes).</p>	<p>Personnalité multiple</p> <p>Existence apparente chez une même personne de deux ou plusieurs personnalités distinctes, l'une d'entre elles seulement se manifeste à un moment donné. Chaque personnalité est au complet, avec ses propres souvenirs, affinités et comportements, parfois très différents de ceux de la personnalité prémorbide (unique).</p> <p>L'une des deux personnalités est habituellement dominante, mais les deux personnalités ne connaissent pas leurs souvenirs respectifs et, dans la plupart des cas, ne sont pas conscientes de leur existence réciproque</p>

<p>Altérations de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur.</p> <p>Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires</p>	<p>Les changements des états de personnalité sont accompagnés d'altérations dans les sensations, perceptions, affects, cognitions, la mémoire, le contrôle moteur et le comportement.</p> <p>Il y a habituellement des épisodes d'amnésie qui peuvent être sévères</p>	
<p>Trouble dissociatif de l'identité</p> <p>Peut être décrit dans certaines culture comme une expérience de possession.</p>	<p>Trouble de transe de possession</p> <p>Altération marquée de l'état de conscience de l'individu.</p> <p>Le sens d'identité personnelle habituel de l'individu est remplacé par une identité externe « de possession ».</p> <p>Les comportements et mouvements du sujet sont vécus comme étant contrôlés par un agent de possession.</p> <p>L'état de transe de possession est involontaire et non voulu, et n'est pas une pratique culturelle ou religieuse socialement acceptée.</p>	<p>États de transe et de possession</p> <p>Perte transitoire de la conscience de sa propre identité, associée à une conservation parfaite de la conscience du milieu environnant.</p> <p>Dans certains cas, le sujet agit comme s'il est habité par une autre personnalité, un esprit, une divinité, ou une « force ».</p> <p>L'état est involontaire et non-désiré, survenant en dehors de situations admises dans le contexte religieux ou culturel du sujet.</p>
<p>Autre trouble dissociatif spécifié – exemple 1 :</p> <p>Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes Perturbation de l'identité associée à des failles non graves dans le sens du soi et de l'agentivité, ou à des altérations de l'identité ou à des épisodes de possession chez une personne qui ne rapporte pas une amnésie dissociative.</p>	<p>Trouble dissociatif de l'identité partiel</p> <p>Perturbation de l'identité lors de laquelle il y a deux ou plus états de personnalité distincts (identités dissociatives) associés à une discontinuité marquée du sens du soi et de l'agentivité.</p> <p>Chaque état de personnalité a son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation à soi, son corps et l'environnement.</p> <p>Un état de personnalité est dominant et fonctionne normalement dans la vie quotidienne, mais subit des intrusions par un ou plusieurs états de personnalité non-dominants (intrusions dissociatives).</p> <p>Ces intrusions peuvent être cognitives, affectives, sensorielles, motrices ou comportementales.</p>	<p>Autres troubles dissociatifs (de conversion) spécifiés</p> <p>(pas de description)</p>

	<p>Elles sont vécues comme interférant avec le fonctionnement de l'état de personnalité dominant et sont habituellement vécues comme perturbantes.</p> <p>L'état de personnalité non-dominant ne prend pas le contrôle exécutif de manière récurrente sur la conscience et le fonctionnement de l'individu, mais il peut y avoir des épisodes occasionnels et limités lors desquels un état de personnalité distinct assume le contrôle exécutif pour s'engager dans des comportements circonscrits, comme en réponse à des états émotionnels extrêmes ou pendant des épisodes de comportements auto-dommageables ou des réviviscences de souvenirs traumatiques.</p>	
<p>Amnésie dissociative</p> <p>Incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peut pas être un oubli banal.</p> <p>-Amnésie localisé ou sélective (un ou plusieurs événements) -Amnésie globale de son identité et de son histoire</p>	<p>Amnésie dissociative</p> <p>Incapacité de se rappeler de souvenirs autobiographiques importants, en particulier d'événements traumatiques ou stressants récents, ce qui n'est pas consistant avec les oublis ordinaires.</p>	<p>Amnésie dissociative</p> <p>Perte de mémoire, concernant habituellement des événements importants récents, trop importante pour être mise sur le compte d'une simple « mauvaise mémoire » ou d'une fatigue. L'amnésie concerne habituellement des événements traumatisants, tels que des accidents ou des deuils imprévus et elle est le plus souvent partielle et sélective.</p>
<p>Amnésie dissociative avec fugue</p> <p>Voyage apparemment intentionnel ou errance en état de perplexité associés à une amnésie de son identité ou d'autres informations autobiographiques importantes</p>	<p>Amnésie dissociative avec fugue</p> <p>Perte du sens de l'identité personnelles et voyage soudain loin du domicile, du travail ou de personnes proches, pour une longue période (plusieurs jours ou semaines)</p>	<p>Fugue dissociative</p> <p>Amnésie dissociative avec un déplacement, en apparence motivé, dépassant le cadre du déplacement quotidien habituel. Dans certains cas le sujet peut adopter une nouvelle identité habituellement pendant quelques jours. Le changement d'identité peut être complet. Le sujet peut se diriger vers des endroits connus et chargés d'une signification affective.</p>

<p>Dépersonnalisation/déréalisation</p> <p>Expériences prolongées ou récurrentes de l'une ou l'autre ou les deux.</p> <p>Dépersonnalisation : Expérience d'irréalité, de détachement, ou bien d'être observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (p. ex. altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréal ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique.</p> <p>Déréalisation : Expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (p. ex. les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés).</p> <p>L'appréciation de la réalité demeure intacte pendant ces expériences.</p>	<p>Trouble de dépersonnalisation-déréalisation</p> <p>Expériences répétées de l'une ou l'autre ou les deux.</p> <p>Dépersonnalisation : caractérisée par la sensation que le soi est étrange ou irréal, ou le sentiment d'être détaché de ses propres pensées, sentiments, sensations, de son corps ou de ses actions, ou comme si on était un observateur extérieur de ses propres pensées, sentiments, sensations, de son corps ou de ses actions.</p> <p>Déréalisation : caractérisée par la sensation que les autres personnes, les objets ou l'environnement est étrange ou irréal (p.ex. comme dans un rêve, distant, comme dans un brouillard, sans vie, sans couleur, ou visuellement déformé), ou la sensation d'être détaché de son environnement.</p> <p>Pendant les expériences, le test de réalité demeure intact.</p>	<p>Syndrome de dépersonnalisation - déréalisation</p> <p>Altération qualitative de l'activité mentale, de son corps, ou de son environnement, ceux-ci étant perçus comme irréels, lointains, ou « robotisés ».</p> <p>Le sujet peut avoir l'impression de ne plus être l'auteur de ses propres pensées, représentations, ou souvenirs, que ses mouvements ne sont plus vraiment les siens ; que son corps est sans vie, détaché, ou anormal pour une autre raison ; que son entourage manque de couleur et de vie, est artificiel ou ressemble à une scène de théâtre sur laquelle tout le monde joue un rôle.</p> <p>Dans certains cas le sujet peut avoir l'impression de s'observer à partir d'une certaine distance, ou d'avoir le sentiment d'être mort. Les plaintes relatives à une perte des émotions constituent les plus fréquentes des multiples manifestations caractérisant ce trouble.</p>
<p>Autre trouble dissociatif spécifié</p>	<p>Autre trouble dissociatif spécifié</p>	<p>Autres troubles dissociatifs (de conversion) spécifiés</p>
<p>Autre trouble dissociatif spécifié – exemple 1 : voir plus haut.</p>		
<p>Autre trouble dissociatif spécifié – exemple 2 : Perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée</p> <p>Les personnes soumises à des environnements de persuasion coercitive (p. ex. lavage de cerveau, rééducation idéologique, endoctrinement chez des prisonniers, torture, emprisonnement politique prolongé) peuvent présenter des modifications durables ou questionnements conscients concernant leur identité</p>		

<p>Autre trouble dissociatif spécifié – exemple 3 : Réactions dissociatives aigües à des événements stressants</p> <p>Situations aigües et transitoires qui durent moins d'un mois, et parfois seulement quelques heures ou quelques jours.</p> <p>Restriction du champ de conscience, dépersonnalisation, déréalisation, micro-amnésies, stupeur transitoire et/ou altérations du fonctionnement sensorimoteur (p.ex. analgésie, paralysie)</p>		
<p>Autre trouble dissociatif spécifié – exemple 4 : Transe dissociative</p> <p>Restriction aigüe ou perte complète de la conscience de son environnement immédiat, ce qui se manifeste par un manque profond de réactivité ou une insensibilité aux stimuli environnementaux.</p> <p>Peut être accompagné par des comportements stéréotypés mineurs (p.ex. mouvements des doigts) dont la personne n'a pas conscience ou qu'elle ne sait pas contrôler, ainsi que par des paralysies ou une perte de connaissance transitoire.</p> <p>Ne fait pas partie d'une pratique religieuse ou culturelle collective généralement admise.</p>	<p>Trouble de transe</p> <p>Altération marquée de l'état de conscience de l'individu ou une perte du sens d'identité personnelle habituel de l'individu, pendant laquelle le sujet ressent un rétrécissement du champ de la conscience de l'environnement immédiat ou une attention étroite et sélective sur des stimuli environnementaux et une restriction des mouvements, des postures et du discours en un répertoire limité, ce qui est ressenti comme en-dehors du contrôle du sujet.</p> <p>N'est pas une pratique culturelle ou religieuse socialement acceptée.</p>	<p>États de transe et de possession</p> <p>(voir plus haut)</p>
<p>Trouble dissociatif non spécifié</p>	<p>Trouble dissociatif non spécifié</p>	<p>Trouble dissociatif (de conversion) sans précision</p>
	<p>Trouble dissociatif à symptôme neurologique</p> <p>Présentation de symptômes moteurs, sensoriels ou cognitifs qui impliquent une discontinuité involontaire dans l'intégration normale des fonctions motrices, sensorielles ou cognitives, avec : ...</p>	<p>Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens</p> <p>Troubles moteurs dissociatifs</p> <p>Convulsions dissociatives</p> <p>Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - perturbation visuelle - perturbation auditive - vertige ou étourdissement - autre perturbation sensorielle - crises non-épileptiques - perturbation de l'élocution - parésie ou faiblesse - perturbation de la démarche - perturbation du mouvement - symptômes cognitifs - autres symptômes spécifiés - autres symptômes non spécifiés 	

Sur ce tableau comparatif, on remarque de grands changements entre la CIM-10 et la CIM-11 qui décrit les TD de manière nettement plus précise que dans la CIM-10. En outre, dans la CIM-11 les remarques concernant de possibles simulations ont disparu des descriptifs. Par ailleurs la CIM-11 se rapproche fortement du DSM-5, en particulier pour le trouble de TDI. Le TDI partiel de la CIM-11 est assez proche de l'ATDS-1 du DSM-5. Notre étude de validité du SCID-D a montré que ces deux diagnostics ne se superposent pas entièrement, puisque sur 11 participants ayant reçu le diagnostic DSM-5 d'ATDS-1, neuf ont reçu le diagnostic CIM-11 de TDI partiel. Deux autres participants ne remplissaient pas les critères précis de ce dernier diagnostic et ont été catégorisés dans la CIM-11 d'Autre trouble dissociatif spécifié.

Des confusions pourraient s'installer dans le futur autour de la superposition non complète des diagnostics de TDI partiel (CIM-11) et d'ATDS-1 (DSM-5). On peut déplorer que les experts ayant travaillé sur le chapitre des TD dans le DSM-5 n'aient pas trouvé utile de donner des critères descriptifs plus précis de l'ATDS-1, un diagnostic connu pour être très fréquent, en tout cas aussi fréquent que le TDI (Mueller-Pfeiffer et al., 2012). Les experts de la CIM-11 ont par contre développé une description précise et détaillée du TDI partiel.

On remarque que la TDSP a influencé la description du TDI et du TDI partiel dans la CIM-11. En décrivant certains états de personnalité comme actifs « dans la réalisation de certains aspects de la vie quotidienne comme le rôle de parent, le travail », la CIM-11 fait clairement référence au concept de PAN, alors que les états de personnalité pouvant prendre le contrôle « en réponse à des situations spécifiques (perçues comme menaçantes) » correspondent au concept de PE. Dans leur livre de référence (Van der Hart et al., 2010), et comme nous l'avons vu plus haut, les auteurs de la TDSP ont proposé une distinction des troubles dissociatifs selon la structure dissociative : primaire, secondaire ou tertiaire. Ils proposaient alors que seule une dissociation tertiaire, c'est-à-dire la présence de deux ou plusieurs PAN (en plus d'un certain nombre de PE), devait être considérée comme un TDI. Les experts de la CIM-11 ne les ont pas suivis sur ce point. Le point central du TDI reste des switches réguliers, peu importe qu'il s'agisse d'une PE ou d'une autre PAN qui prend le contrôle exécutif.

Il en ressort ainsi deux types de TDI comme le propose Gysi (2020) : le TDI de type 1 avec une seule PAN, et le TDI de type 2 avec deux ou plusieurs PAN. A l'heure actuelle, le SCID-D n'investigue pas spécifiquement ces deux types de

TDI. Nous pensons qu'une investigation plus poussée, au-delà d'une investigation diagnostique standard comme avec le SCID-D, est nécessaire pour pouvoir différencier avec suffisamment d'assurance ces deux types de TDI. Néanmoins, il peut arriver aussi que certains patients parlent d'eux-mêmes de parties dissociatives qui correspondent à une deuxième PAN. Ainsi, dans notre étude de validation du SCID-D, un sujet répondait au type 2 de TDI, de par ses propres descriptions, sans que nous ayons questionné ces aspects. Les descriptions de ce sujet nous ont semblé tout à fait crédibles.

Par ailleurs la littérature (Boon & Draijer, 1993 ; Kluft, 1991) fait état de deux types de TDI. Certains TDI ont une présentation particulièrement claire avec des switchs visibles par des observateurs extérieurs, et parfois ces switchs peuvent prendre des allures impressionnantes qui peuvent interpeler tout clinicien non formé au TD. D'autres TDI ont une présentation discrète nécessitant une investigation poussée. Dans ces derniers cas, les switchs peuvent être tels qu'un professionnel non formé ne remarquera rien de particulier, si ce n'est une hypoactivation ; les amnésies ou les intrusions dissociatives sont tuées par le patient ; d'autres symptômes sont présents depuis l'enfance et sont considérés comme la norme par le patient qui ne les abordera pas. Comme le disent Steele et al. (2017, p.100), ces patients ont appris à se cacher pour éviter les dangers. Le diagnostic de ces TDI « discrets » ou « masqués » est rendu difficile également par les comorbidités qui, en premier lieu, attirent l'attention des professionnels.

Les symptômes centraux permettant de différencier le TDI et le TDI partiel dans la CIM-11 sont les suivants :

- ⇒ Pour le TDI : présence de changements fréquents d'états de personnalité distincts prenant tour à tour le contrôle exécutif (switch).
- ⇒ Pour le TDI partiel : intrusions nombreuses d'un état de personnalité non-dominant sur l'état de personnalité dominant. Switchs occasionnels.

D'ailleurs le terme de « Trouble dissociatif intrusif complexe » a été proposé pour mettre en avant le symptôme central de ce trouble mais la dénomination de TDI partiel a finalement été préférée (Communication personnelle : Nijenhuis, juin 2019).

Les diagnostics de trouble de dépersonnalisation/déréalisation et d'amnésie dissociative (avec ou sans fugue) sont similaires dans les deux manuels diagnostiques. Le trouble de transe de possession de la CIM-11 est considéré

comme une variante de TDI dans le DSM-5. Le trouble de transe de la CIM-11 peut être considéré comme similaire à l'ATDS de type 4 : transe dissociative dans le DSM-5.

Il n'est pas encore clair à quoi le diagnostic DSM-5 d'ATDS-type 2 (Perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée) correspondra dans la CIM-11. Dans notre étude de validité du SCID-D, en tant qu'interviewer, nous avons hésité à poser ce diagnostic sur un sujet qui a grandi dans une communauté religieuse stricte dans laquelle il devait pratiquer des méditations répétées dès le plus jeune âge. Comme le participant, bien que retiré de cette communauté religieuse, considérait que cet environnement n'était pas coercitif, le diagnostic de dépersonnalisation/déréalisation a été posé, en se basant sur les symptômes sévères qu'il présentait. Dans un autre cas nous avons été sollicité pour procéder à la passation du SCID-D dans le cadre d'un consilium. Il s'agissait d'une patiente ayant passé plusieurs années dans une communauté religieuse stricte. Lorsqu'elle révéla son homosexualité, des membres de cette communauté religieuse exercèrent des comportements coercitifs sur cette jeune femme, forçant à scinder sa personnalité en deux entités, la « partie homosexuelle » étant considérée comme non voulue et devant disparaître à travers des pratiques ressemblant à de l'exorcisme. Il s'en est suivi une dissociation structurelle, se rajoutant par ailleurs à d'autres processus dissociatifs structurels en lien avec des violences et négligences de plusieurs ordres vécues pendant l'enfance et l'adolescence. Nous avons alors posé le diagnostic DSM-5 d'ATDS en se référant aux types 1 et 2.

On peut conclure que la CIM-11 propose des diagnostics relativement clairs et élaborés qui pourront grandement améliorer le processus diagnostique dans les pays où on utilise de manière préférentielle la CIM. On peut néanmoins se questionner sur le terme de « troubles dissociatifs à symptômes neurologiques ». Si ce sont des troubles dissociatifs, ce ne sont donc pas des symptômes neurologiques. Une autre terminologie aurait pu éviter une telle confusion.

2.3. Les différents instruments de détection et de mesure des troubles dissociatifs.

Pour chaque trouble psychiatrique on développe des questionnaires de détection et de mesure de sévérité, ainsi que des instruments structurés ou semi-structurés permettant de réaliser un diagnostic répondant aux critères diagnostiques des classifications DSM ou CIM, et le cas échéant à des critères médico-légaux et de recherche. Concernant les TD, il faut remarquer qu'il n'existe à ce jour pas encore d'instrument diagnostique en langue française. Plusieurs outils ont été développés aux USA et traduits dans différentes langues, et un instrument a été développé par une équipe européenne qui serait actuellement en phase de traduction/validation en langue française (TADS-I ; Boon & Matthess, 2015). Or, comment faire avancer la reconnaissance des TD et leur étude dans la communauté francophone s'il n'existe pas d'instrument diagnostique reconnu et validé ? La tâche nous semble difficile.

Nous allons tout d'abord présenter les différents outils de détection et mesure dans le champ de la dissociation puis les instruments diagnostiques des TD.

Le tableau 2 ci-dessous (Frangeul, 2020) présente les questionnaires de mesure de la dissociation et de détection des troubles dissociatifs. De ces nombreux questionnaires, trois sont clairement les plus utilisés en recherche et dans la pratique clinique (même s'il est difficile de démontrer ce dernier point). Il s'agit des questionnaires suivants que nous allons présenter plus en détail :

- DES (Dissociative Experience Scale : Bernstein & Putnam, 1986),
- DIS-Q (Dissociation Questionnaire : Vanderlinden et al., 1993),
- SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire : Nijenhuis et al., 1996).

Tableau 2 : Questionnaires de mesure de la dissociation et de détection des troubles dissociatifs.

Abréviation	Nom	Source(s)
CADSS	Clinician-Administered Dissociative States Scale	<i>Bremner et al. (1998)</i>
CES	Curious Experiences Survey	<i>Golberg (1999)</i>
DEMO	Dissociative Experience Measure Oxford	<i>Černis et al. (2018)</i>
DES	Dissociative Experience Scale	<i>Bernstein & Putnam (1986)</i>
DES-II	Dissociative Experience Scale revised	<i>Carlson & Putnam (1993)</i>
DES-T	Dissociative Experience Taxon	<i>Waller et al. (1996),</i>
DIS-Q	Dissociation Questionnaire	<i>Vanderlinden et al. (1993)</i>
DSS	Dissociative Symptoms Scale	<i>Carlson et al. (2018)</i>
QED	Questionnaire of Experience of Dissociation	<i>Riley (1988)</i>
MDI	Multiscale dissociation Inventory	<i>Briere (2002); Briere et al. (2005)</i>
MID	Multidimensional Inventory of Dissociation	<i>Dell (2006)</i>
PAS	Perceptual Alteration scale	<i>Sanders (1986)</i>
PDEQ	Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire	<i>Marmar et al. (1997)</i>
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire	<i>Nijenhuis et al. (1996)</i>
SDQ-5	Somatoform Dissociation Questionnaire	<i>Nijenhuis et al. (1997)</i>
SODAS	Scale of Dissociative Activities	<i>Mayer & Farmer (2003)</i>
SSD	State Scale of Dissociation	<i>Krüger & Mace (2002)</i>
WDS	Wessex Dissociation Scale	<i>Kennedy et al. (2004)</i>

Le **DES** est basé sur une définition de la dissociation comme un phénomène allant du normal au pathologique, présent à la fois chez les sujets sains et les sujets atteints de troubles psychiques, en particuliers ceux atteints de TD. La dissociation

serait un manque d'intégration normale des pensées, des émotions et des expériences dans le champ de la conscience et de la mémoire. L'auteure principal du DES (Carlson [ex-Berstein], 2014) s'est dite étonnée qu'on utilise encore ce questionnaire au vu des travaux conceptuels récents sur la dissociation, en particulier ceux de Van der Hart et al. (2010). C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de ne pas l'utiliser dans l'étude de validité du SCID-D, en privilégiant le DIS-Q et le SDQ-20.

Les auteurs du **DIS-Q** conçoivent la dissociation comme un manque d'intégration de la conscience, souvent à la suite d'expériences traumatisantes. Ils considèrent que les symptômes dissociatifs sont présents dans de nombreuses pathologies, comme les TD, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), le trouble de personnalité borderline ou encore les troubles alimentaires. Les analyses factorielles ont mis en évidence quatre catégories de symptômes relevées dans le DIS-Q :

- Perturbation de l'identité
- Perte de contrôle
- Amnésie
- Absorption.

Le DIS-Q a montré une bonne valeur prédictive des TD (valeur de cut-off) au score de 2,50. Le DIS-Q a démontré une bonne capacité à détecter les TD. Notre étude de validité du SCID-D a également démontré que le DIS-Q, ainsi que chacun de ses 4 facteurs, permet de bien différencier d'un côté, les sujets avec un TD, et de l'autre les sujets avec un trouble psychiatrique sans TD et les sujets contrôles. Le DIS-Q a été validé en français par Mihaescu et al. (1998).

Le **SDQ-20** – et sa version brève le SDQ-5 – a été développé selon une définition plus stricte de la dissociation, se basant à la fois sur les travaux de Janet et sur la compréhension des réactions de défense animales face à la menace d'un prédateur. Les travaux de Nijenhuis (1999) mettent en avant que l'on trouve des symptômes dissociatifs somatoformes dans tous les TD d'origine traumatique (sauf le trouble de dépersonnalisation/déréalisation qui n'implique pas toujours une structure dissociative au sens de la TDSP). Ces symptômes dissociatifs somatoformes peuvent être positifs (p. ex. des tremblements sans origine médicale, ou une crise de pseudo-épilepsie) ou négatifs (p. ex. une paralysie ou une perte de l'élocution). Le SDQ-20 est un questionnaire de 20 items

investiguant des symptômes dissociatifs somatoformes négatifs et positifs. Il ne contient pas d'items interrogeant des phénomènes d'absorption, considérés par Nijenhuis non pas comme dissociatifs mais un phénomène de variation de la conscience présent dans la population générale. Le SDQ-20 est également un bon outil pour détecter les TD avec un cutoff de > 28. Notre étude de validité du SCID-D a également démontré que le SDQ-20 (ainsi que le SDQ-5) permet de bien différencier d'un côté, les sujets avec un TD, et de l'autre les sujets avec un trouble psychiatrique sans TD et les sujets contrôles. Le SDQ-20 a été validé en français par El Hage et al. (2002).

Parmi tous les questionnaires figurant dans le tableau 2 plus haut mesurant la dissociation, les définitions de la dissociation sont différentes, allant de processus normaux de modification de la conscience à des phénomènes d'intrusion post-traumatique, ou des phénomènes de switch. Le terme de dissociation fait en effet l'objet de définitions diverses. Dans la littérature contemporaine on entend par dissociation des symptômes spécifiques (la dissociation péri-traumatique, la déconnexion émotionnelle allant jusqu'à la dépersonnalisation et la déréalisation, des changements d'états de personnalité chez des patients TDI) des causes possibles de ces symptômes (comme des mécanismes de défense ou une dissociation structurelle), ou encore des altérations normales ou pathologiques de la conscience (absorption, attention duelle, hypnose) (Dorahy & Van der Hart, 2015 ; Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Une définition si large et inclusive amène à des confusions ayant des répercussions dans la recherche et la pratique clinique. Les auteurs de la TDSP (Van der Hart et al., 2006 ; Nijenhuis & Van der Hart, 2011 ; Nijenhuis, 2015a, 2017a) reviennent aux concepts janetiens de dissociation.

Comme nous l'écrivons dans l'article présenté dans la 1^{ère} partie de ce travail (Piedfort-Marin, Rignol & Tarquinio, sous presse : Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes faces aux études scientifiques. *Annales Médico-Psychologiques*) :

« Selon Janet, la dissociation – en tant que division de la personnalité – est le symptôme central de ce que l'on nommait à l'époque l'hystérie. Janet décrit l'hystérie comme « une forme de dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité. » (Janet, 1909, p.345). Par le rétrécissement du champ de la conscience Janet décrit « la

réduction du nombre de phénomènes psychologiques qui peuvent être simultanément réunis dans une même conscience personnelle » (Janet, 1909, p.339), comme dans le cas d'un somnambule qui a les yeux ouverts et « voit certains objets en rapport avec son idée et non les autres. » On pourrait dire qu'il s'agit d'une attention sélective en lien avec l'idée fixe. *L'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions* fait référence à ce que l'on nomme aujourd'hui états de personnalité distincts ou parties dissociatives.

Les travaux de Janet eurent à l'époque une influence internationale y compris sur les premiers travaux de Freud (Freud & Breuer, 1895). Mais avec le développement de la psychanalyse et avec la proposition du concept de schizophrénie par Bleuler (1911), les travaux de Janet passèrent à l'oubli avant d'être redécouvert récemment en particulier à travers la TDSP (Van der Hart et al. 2010). »

Ainsi, Van der Hart et al. (2010) et Nijenhuis (2014, 2015bx) (voir aussi Nijenhuis & Van der Hart, 2011, Nijenhuis, 2015a, 2017a, 2019) proposent une *définition stricte de la dissociation d'origine traumatique*, à savoir une division de la personnalité pré-mordibe en deux ou plusieurs sous-systèmes, à la suite d'une intégration insuffisante d'un événement traumatisant. Selon cette définition, la dissociation se réfère à une dissociation structurelle de la personnalité (étiologie) et aux symptômes qui en découlent. Nijenhuis et Van der Hart (2011, p. 418) propose que :

« Cette division de la personnalité constitue une caractéristique essentielle du traumatisme. Elle apparaît lorsque l'individu n'a pas la capacité d'intégrer en partie ou en totalité les expériences adverses, peut favoriser l'adaptation dans ce contexte, mais implique généralement aussi des limites d'adaptation. La division implique deux ou plusieurs sous-systèmes dynamiques insuffisamment intégrés mais excessivement stables. Ces sous-systèmes exercent des fonctions et peuvent englober un certain nombre d'actions mentales et comportementales différentes et d'états y relatifs. Ces sous-systèmes et ces états peuvent être latents ou activés dans une séquence ou en parallèle. Chaque sous-système dissociatif, c'est-à-dire une partie dissociative de la personnalité, comprend au minimum sa propre perspective à la première personne, au moins rudimentaire. Comme

chaque partie dissociative, l'individu peut interagir avec d'autres parties dissociatives et d'autres individus, au moins en principe. Les parties dissociatives maintiennent des limites psychobiologiques particulières qui les maintiennent divisées mais qu'elles peuvent en principe dissoudre. »

Si tous les chercheurs pouvaient suivre cette proposition de définition, alors il y aurait une cohérence avec les fondements historiques de ce concept (les travaux de Janet) et une cohérence interne ainsi qu'une discrimination nécessaire par rapport à d'autres phénomènes.

Si l'on revient aux questionnaires mesurant la dissociation, on remarque que seul le SDQ-20 se base sur cette définition stricte de la dissociation. On doit aussi noter qu'aucun de ces questionnaires ne se cale précisément sur les descriptions diagnostiques des TD selon le DSM ou la CIM. Seul le SDQ-20 est en accord avec les descriptions des troubles dissociatifs sensorimoteurs (dans la CIM-10 : TD de la motricité et des organes des sens, troubles moteurs dissociatifs, convulsions dissociatives, anesthésie dissociative et atteintes sensorielle ; dans la CIM-11 : TD à symptômes neurologiques).

En réalité, ces questionnaires mesurent la « dissociation » qui n'a de commun entre tous ces questionnaires que le terme utilisé et un certain nombre d'items. Le manque d'accord sur une définition de la dissociation pose un problème sérieux aux niveaux clinique et scientifique. Tant qu'il y a désaccord – ou pire encore – tant qu'il n'y a pas la réalisation qu'il y a désaccord sur la définition de la dissociation, alors la recherche risque de piétiner et les problèmes diagnostiques vont perdurer.

Il nous semble qu'il manque un questionnaire de détection ou de mesure, non pas de la dissociation, mais des symptômes typiques des troubles dissociatifs, comme cela existe pour les troubles anxieux ou dépressifs, par exemple.

A l'heure actuel seul le SDQ-20 est basé sur une définition conceptuelle de la dissociation en accord avec la dissociation structurelle expliquant les TD. Nous y voyons une cohérence interne, une cohérence conceptuelle et une cohérence discriminante. Malheureusement le SDQ-20 n'investigue que les symptômes somatoformes/sensorimoteurs.

2.4. Les différents instruments de diagnostic des troubles dissociatif.

Il y a peu d'instruments utilisés pour réaliser un diagnostic structuré des TD. Le tableau 3 ci-dessous en fait la liste actuelle (Frangeul, 2020). De ces différents instruments, le SHUT-D (Schalinski, Schauer & Elbert, 2015) ne semble pas avoir été utilisé en recherche autrement que pour son étude de validation qui est certes récente.

Il reste donc trois instruments utilisés en recherche :

- Le DDIS / DDIS-R
- Le SCID-D révisé plusieurs fois dont la dernière version fait l'objet de notre étude.
- Le TADS-I est en quelque sorte la révision du ITDST qui n'a – semble-t-il – jamais été publié. Il semble que la traduction française du TADS-I soit en cours de validation.

Tableau 3 : Instrument de diagnostic des troubles dissociatifs.

Abréviation	Nom de l'instrument	Source(s)
DDIS	Dissociative Disorders Interview Schedule	<i>Ross, et al. (1989)</i>
DDIS-R	Dissociative Disorders Interview Schedule Revised	<i>Ross & Browning (2016)</i>
SCID-D	Structured Clinical Interview for the DSM-III-R Dissociative Disorders	<i>Steinberg, et al. (1990)</i>
SCID-D-R	Structured Clinical Interview for the DSM IV Dissociative Disorders Revised	<i>Steinberg (1994)</i>
ITDST	Interview pour Troubles Dissociatifs et Symptômes liés au trauma	<i>Boon, Draijer & Matthess. (2007)</i>
SHUT-D	Shutdown Dissociation Scale	<i>Schalinski, et al. (2015)</i>
TADS-I	Trauma and Dissociation Symptoms Interview	<i>Boon & Matthess (2016)</i>

Le SCID-D est clairement le plus utilisé en recherche, devant le DDIS, puis le TADS-I.

Le SCID-D a fait l'objets de critiques – principalement oralement lors de congrès ou de communications entre collègues (voir aussi : Gysi, 2020) – mais il reste néanmoins l'outil « gold standard » pour le diagnostic des TD. Dans le tableau 4 ci-dessous nous faisons la liste de ses critiques et y apportons nos réponses. Malgré ces critiques, le SCID-D reste l'outil le plus utilisé en recherche et nous gageons qu'avec son application possible désormais pour le DSM-5 et la CIM-11, il va rester un outil de référence. Sa disponibilité en langue française ouvre de nombreuses possibilités à des recherches sur les TD dans l'espace francophone.

Tableau 4 : Principales critiques à l'encontre du SCID-D et nos réponses à ces critiques.

Critiques	Réponses aux critiques
Passation trop longue	Dans notre étude, la passation la plus longue était de 4 heures (2 x 2 h.). Cela ne nous semble pas exagéré pour clarifier le diagnostic d'un trouble sévère. Les autres instruments prennent autant de temps. En l'absence de TD les passations longues étaient spécifiques à des participants soucieux de bien faire ou qui paraissaient clairement avoir un trouble de la personnalité et des comorbidités importantes.
Passation perturbante pour le patient	Dans notre étude, les participants ayant un TD ont été légèrement perturbés de réaliser l'ampleur de leurs symptômes dissociatifs qu'ils préfèrent éviter de réaliser. 3 patientes TDI ont fait un switch visible pendant l'entretien, ce qu'elles font avec leur thérapeute et dans la vie. De manière générale, les patients TDI ou TDI partiels sont fragiles et tout procédé diagnostique doit être abordé en tenant compte de cette fragilité. Dans notre étude nous avons des critères d'exclusion stricts (suicidalité aigue, hospitalisation dans le mois écoulé, pas assez stable de l'avis du thérapeute traitant) afin que l'étude ne soit pas perturbée par des événements adverses sévères (comportement auto-dommageable, switch de longue durée), ce qui aurait préterité la continuité de l'étude. Dans certains cas un procédé diagnostique structuré doit être remis à plus tard. Un diagnostic différentiel pourra néanmoins être posé si un diagnostic de TD est encore incertain.
Le SCID-D ne questionne pas les symptômes somatoformes/senrimoteurs	Nous sommes d'avis qu'en posant des questions sur des symptômes aussi divers que la dépersonnalisation ou encore de possible switches, le patient peut aborder des symptômes somatoformes. Par ailleurs la version récente, en s'adaptant à la CIM-11, passe en revue les possibles symptômes somatoformes pouvant amener au diagnostic de trouble dissociatif à symptômes neurologiques.

Le SCID-D n'est pas adapté à la CIM	C'est maintenant chose faite avec l'adaptation à la CIM-11. Il convient de dire que la CIM-10 donne des descriptions très limitées des troubles dissociatifs, ce qui rend ou rendait hasardeux tout processus diagnostique se basant sur la CIM-10
Le SCID-D exige des cliniciens une expérience dans les TD	Il ne nous semble pas inapproprié d'exiger des cliniciens qu'ils connaissent le trouble qu'ils sont sensés investiguer en vue d'un diagnostic. Par ailleurs le diagnostic différentiel avec d'autres troubles nécessite une expérience clinique indispensable.
Le SCID-D ne permet pas le diagnostic différentiel avec le TSPT complexe ou le trouble de personnalité borderline ou encore la schizophrénie.	Le SCID-D permet en tout cas de poser un diagnostic des TD basé sur une exploration poussée des troubles dissociatifs. Il permet de différencier des symptômes en lien avec un TD ou en lien avec d'autres diagnostics, et en ce sens il tient compte des critères d'exclusion diagnostique du DSM et de la CIM. Un double diagnostic avec un TSPT complexe, un trouble de personnalité ou encore un trouble psychotique est possible et autorisé par le DSM-5 et la CIM-11. En cas de doute, le diagnostic différentiel avec, par exemple, un trouble psychotique nécessite d'utiliser un instrument diagnostique pour les troubles psychotiques.

Pour conclure, le SCID-D est un instrument diagnostique qui peut avoir des failles, mais il reste un instrument valide et fiable. Il maintient sa réputation d'instrument de diagnostic semi-structuré depuis une vingtaine d'années et sa version récente le rend adapté aux deux systèmes internationaux de classification.

2.5. Répondre au besoin d'un instrument de diagnostic des troubles dissociatifs en langue française : le SCID-D.

La traduction et la validation d'un instrument diagnostique des TD en français fut un objectif que nous nous sommes fixé il y a presque 10 ans maintenant. A cette époque l'instrument reconnu internationalement était – et est toujours – le SCID-D (Structured Clinical Instrument for the Diagnosis of Dissociative Disorder), développé par Marlene Steinberg aux USA (Steinberg, Rousaville & Cichetti, 1990 ; Steinberg, 1994). Nous avons tout d'abord réalisé une traduction d'une version brève du SCID-D développée par une équipe allemande autour d'Ursula Gast qui valida la version allemande (Gast, Zündorf & Hofmann, 2000). L'objectif était une utilisation clinique pratique pour les cliniciens, une des critiques étant que la version standard était trop longue. Nous avons répondu à cette critique dans le paragraphe précédent. Par la suite il nous a semblé indispensable de réaliser la traduction du SCID-D en entier. Dans nos discussions avec Marlene Steinberg nous avons appris que deux collègues canadiennes avaient aussi entrepris ce travail de traduction mais leur intérêt pour les TD était limité. Alors que de légères différences dans les diagnostics de TD apparaissaient dans le DSM-5 (APA, 2015) par rapport au DSM-4 (APA, 1996), Marlene Steinberg décida de remanier le SCID-D pour y apporter des modifications supplémentaires, principalement dans le souci de le rendre plus facile à utiliser (« user friendly »). Alors que ces modifications devaient être faites rapidement, nous avons déposé une demande auprès de la Commission Cantonale d'Éthique de la Recherche sur l'Être Humain à Lausanne, qui fut acceptée. Mais entre-temps l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retravaillait la Classification Internationale des Maladie (CIM) pour une 11^{ème} version. Il apparaissait très tôt par des informations de personnes informées que le chapitre sur les TD y serait fortement remanié. Steinberg décida que le SCID-D soit non seulement adapté au DSM comme jusqu'alors, mais aussi à la CIM-11, rendant ainsi le SCID-D utilisable indépendamment du type de classification utilisée. Il fallut donc attendre que le

groupe de travail de la CIM-11 produise ses propositions finales ou presque finales pour commencer notre étude.

Malgré cette longue phase d'attente nous pouvons maintenant présenter l'étude de validation de la version française du SCID-D dans sa dernière édition, actualisée pour le DSM-5 et la CIM-11. Il nous reste maintenant à attendre la publication de cette dernière version du SCID-D en anglais puis en français.

Nous avons vu la difficulté à ce que les TD soient reconnus par la communauté scientifique et dans la pratique clinique. A travers notre réseau de connaissances et de professionnels, le nombre de personnes atteintes de TD qui reçoivent un autre diagnostic est élevé – trop élevé. Par ailleurs les patients avec un TDI passent souvent de nombreuses années dans le système de soin psychologique/psychiatrique avant de recevoir le diagnostic correct (Brand et al., 2016). Il en est probablement de même pour l'ATDS-1/TDI partiel.

Néanmoins nous pensons qu'il y a de très grandes disparités. D'un côté des patients plus exigeants et sans doute d'un milieu socio-économique supérieur qui sont à la recherche d'une solution ciblée à leurs problématiques. A l'autre extrême, des patients peut-être plus soumis à l'égard du réseau de soin et qui peuvent rapidement se chroniciser avec de longs séjours hospitaliers dont l'efficacité est discutable. D'un côté, des régions avec un certain nombre de spécialistes vers qui les patients et des collègues peuvent se tourner, et de l'autre, des régions sans aucun spécialiste (la liste des membres de l'Association Francophone du Trauma et de la Dissociation – AFTD est éloquent à ce sujet). Ce ne sont certes que des observations personnelles corroborées par des observations de collègues. En l'absence d'intérêt légitime pour les TD dans les réseaux de soin, en France, en Suisse ou ailleurs, personne n'est en mesure de décrire le parcours type des patients et patients souffrant d'un TD. Nous espérons que l'étude réalisée pour traduire et valider le SCID-D en langue française permettra que la recherche dans ce domaine se développe car les besoins sont grands.

Nous présentons maintenant l'article publiés dans des Annales Médico-Psychologiques (sous presse) qui présente l'étude de validation du SCID-D. Ensuite nous présenterons des données cliniques supplémentaires pour enrichir la réflexion.

2.6. Étude de validation et de fidélité inter-juge de la traduction française de la nouvelle édition du SCID-D, un entretien semi-structuré pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-11.

Article publié (sous presse) par les Annales Médico-Psychologiques.



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Original article

Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders

Étude de validation et de fidélité inter-juge de la traduction française de la nouvelle édition du SCID-D, un entretien semi-structuré pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-11

Olivier Piedfort-Marin^{a,b,*}, Cyril Tarquinio^a, Marlene Steinberg^c, Sabine Azarmsa^d, Thérèse Cuttelod^e, Marie-Eve Piot^f, Déborah Wisler^g, Eva Zimmermann^{h,i}, Jessie Nater^g

^a Université de Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360, Metz, France

^b Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

^c Private Practice, Naples, Florida, USA

^d Private practice, Geneva, Switzerland

^e Espace de Soutien et de Prévention – Abus Sexuels (ESPAS), Lausanne, Switzerland

^f Private practice, Lausanne, Switzerland

^g Psychotherapeutic Center Les Toises, Lausanne, Switzerland

^h Institut Romand de Psychotraumatologie, Fribourg Switzerland

ⁱ Private practice, Fribourg, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:
Received 30 August 2020
Accepted 30 December 2020

Keywords:
DSM-5
Diagnosis
Dissociation
Dissociative disorders
ICD-11
SCID-D
Semi-structured interview

ABSTRACT

This paper presents the validation and inter-rater reliability study of the French translation of the new edition of the SCID-D, a semi-structured clinical interview for evaluating dissociative symptoms and diagnosing dissociative disorders based upon DSM-5 and ICD-11 criteria. The SCID-D evaluates five core dimensions of dissociation: amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion and identity alteration. The SCID-D was administered to 20 subjects with a dissociative disorder, 19 subjects with a nondissociative psychiatric disorder, and 10 healthy control subjects. Results indicate that there was 96% agreement among raters on the SCID-D's ability to differentiate subjects with a dissociative disorder from subject with no dissociative disorder. The statistical analysis indicates that the overall diagnosis, the scores for each of the five dimensions, and the total SCID-D scores were homogenous amongst raters. The results indicate good to excellent inter-rater reliability. The SCID-D could efficiently discriminate dissociative subjects from nondissociative ones. Convergent validity was tested with the use of the Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20 and the Dissociation Questionnaire DIS-Q. Correlation between the scores from these questionnaires and the SCID-D total score is high. The French translation of the SCID-D has good to excellent reliability, discriminant and convergent validity, and is similar to previous research of DSM-III and DSM-IV versions of the SCID-D in different languages. The SCID-D is a useful instrument for the assessment of dissociative symptom severity and the diagnosis of DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Corresponding author at: Avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Switzerland.
E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com (O. Piedfort-Marin).

R É S U M É

Mots clés :

CIM-11
Diagnostic
Dissociation
DSM-5
Entretien semi-structuré
SCID-D
Troubles dissociatifs

Objectifs. – Les troubles dissociatifs sont fréquents mais méconnus et difficiles à diagnostiquer. Cet article présente l'étude de validation et de fidélité inter-juge de la traduction française de la nouvelle édition du SCID-D, un entretien semi-structuré pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-11.

Matériel. – Le SCID-D est l'outil de référence au niveau international pour le diagnostic des troubles dissociatifs et la recherche. Une première section cible l'anamnèse psychiatrique, médicale, somatique du patient et l'usage d'alcool et de drogue. Puis, on questionne sur cinq dimensions fondamentales aux troubles dissociatifs : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion d'identité et altération de l'identité. Enfin, on passe deux sections au choix parmi 11 sections additionnelles afin d'analyser plus en détail la possible présence d'états de personnalité distincts, comme c'est le cas dans le trouble dissociatif de l'identité. Le clinicien score chacun des cinq domaines (de 1 = absent à 4 = sévère) en suivant le guide de l'interviewer *ad hoc*. Il peut ensuite choisir de poser un diagnostic selon le DSM-5 ou la CIM-11, en se basant sur les scores aux cinq dimensions et total, les réponses du sujet au SCID-D, et les observations pendant l'entretien.

Méthode et sujets. – Quarante-neuf sujets ont passé le SCID-D : 20 avec un trouble dissociatif, 19 avec divers troubles psychiatriques (mais pas de trouble dissociatif) et 10 sujets contrôles. L'entretien mené par un premier cotateur était filmé sur vidéo. Puis, un second cotateur (sans connaissance du sujet, ni du diagnostic ni de l'évaluation du premier cotateur) visionnait la vidéo et cotait l'entretien. Les deux cotations étaient ensuite comparées. Les sujets ont également rempli le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) et le Dissociation Questionnaire (DIS-Q).

Résultats. – Les résultats indiquent un taux d'accord de 96 % entre les cotateurs sur la capacité de différencier trouble dissociatif versus pas de trouble dissociatif. La fiabilité inter-juge est bonne à excellente pour les diagnostics DSM-5 et CIM-11, avec une valeur Kappa de respectivement 0,83 et 0,76, un coefficient de contingence de 0,85, et un χ^2 de 40,33 et respectivement 40,40. Cela indique une homogénéité des diagnostics entre cotateurs. En comparant les cotateurs pour le score aux cinq dimensions du SCID-D, la moyenne du Tau de Kendall était de 0,80, et de 0,82 pour le score total du SCID-D, ce qui se situe dans la fourchette bonne à excellente. Au niveau de la validité discriminante, les résultats montrent des différences significatives importantes entre les trois groupes de sujets, conformément aux études précédentes dans différents pays. Les patients dissociatifs de notre étude ont des scores (total et aux cinq dimensions) bien plus élevés que les autres sujets. La corrélation (calculée avec Pearson's *r*) entre le score total au SCID-D et le SDQ-20/DIS-Q est élevée avec respectivement 0,75 et 0,81, ce qui montre une validité convergente élevée.

Conclusions. – La traduction française du SCID-D a une fiabilité et une validité discriminante et convergente bonnes à excellentes, tout comme dans les études similaires sur les versions précédentes du SCID-D dans différentes langues. Le SCID-D est un instrument recommandé pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon les critères du DSM-5 et de la CIM-11. À notre connaissance, c'est la première étude de validité et de fiabilité d'un outil diagnostique des troubles dissociatifs en langue française. Cela ouvre la voie à de nombreuses possibilités de recherche francophone dans ce champ spécifique de la psychopathologie.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Research indicates that dissociative disorders (DD) are common, with international prevalence in inpatient populations as high as 10.2% and at 8.6% in outpatient populations [14]. The diagnosis and assessment of dissociative symptoms and disorders is particularly difficult for several reasons. First of all, dissociative conditions are not typically the presenting complaint so the condition is commonly overlooked in favor of presenting symptoms, such as anxiety, depression, mood swings, inattention, psychotic-like symptoms and/or substance use. Secondly, when present, dissociative symptoms overlap with many different psychiatric conditions, so the mere presence of dissociative symptoms does not in and of itself suggest a DD; thirdly, some dissociative symptoms may be understood within the spectrum of other disorders such as psychotic, affective and personality disorders, so the presence of such symptoms may not necessarily be indicative of the presence of a DD. Several diagnostic tools have been developed with the aim of assessing DD. The Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) [32] is the one that is the most widely used in research as well as useful clinically. While early French translations of the SCID-D demonstrated the diagnostic's ability to identify DD in rape victims and individuals with chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) [9-13], to date there has been no validation or reliability study of a French language translation of the instrument. Several self-administered screening questionnaires specific to the assessment of dissociative symptoms have been translated and validated in French: the Dissociative Experience Scale (DES, [13]), the Dissociation Questionnaire (DIS-Q, [23]), and the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20, [16]). These questionnaires are validated screening instruments for identifying people at risk of having DD, but there are as of yet no validated diagnostic tools. The absence of a validated diagnostic instrument for DD in French increases patients' risk of misdiagnosis, resulting in years of ineffective treatment and suffering, as well as delays in research progress in this field in the French-speaking community. This paper presents the validation and inter-rater reliability study of the French translation of the new edition of the SCID-D [35], as recently updated by Steinberg, for use with DSM-5 [4] and ICD-11 [41] DD.

For over 20 years, the SCID-D has been widely considered the "gold standard" instrument for assessment of dissociative symptoms and diagnosis of DD [1, 8, 28, 40]. Up until the present, the SCID-D has been used in assessing and diagnosing DD as characterized by the nosological classification described in the

American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manuals, originally for DSM-III [2] and later for DSM-IV [3]. The SCID-D clinical model of assessment inquires into five SCID-D-defined core components of dissociation (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alterations) which SCID-D research has demonstrated to be fundamental to dissociative phenomenology and independent of the culturally-specific expression of dissociative phenomenon [5, 6, 8, 18, 19, 22, 29, 31, 38]. As new editions of the DSM were released, the SCID-D methodology of inquiry remained unaltered, but mappings of the interview results to the DSM classifications (in *Diagnostic Score Sheets*) were revised and updated. In this latest edition, mappings of the SCID-D inquiry resulted, for the first time, in both DSM-5 and ICD-11 diagnostic classifications, thus making this new edition of the SCID-D applicable worldwide.

2. The instrument

2.1. Structure of the SCID-D

The SCID-D-5 is organized into several sections with more than 300 questions overall, though typically less than 200 questions are asked during any one administration of the interview. The first section focuses on the psychiatric, medical, somatic, and substance-use history of the person. Several new questions that explore somatic symptoms are included in the initial history section in order to explore symptoms relevant to ICD-11 dissociative neurological symptom disorders. In the DSM-5 these disorders are not listed in the chapter on DD, but are included in the following chapter on somatic symptoms and related disorders.

Following the psychiatric and medical history section, the interview assesses the SCID-D's five core components of dissociation (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alteration), with an average of 26 questions for each symptom area. In order to standardize the assessment of the five dissociative components, the SCID-D defines each dimension as follows [33, 36]:

- Amnesia: A subjective sense of gaps in one's memory for autobiographical information or experiences, or for blocks of time that have passed, where such lapses cannot be attributed to ordinary forgetfulness.

- Depersonalization: a feeling of disconnection from oneself (e.g., from one's feelings, thoughts, behavior, or body), or a sense of being an outside observer of one's self.
- Derealization: a feeling of disconnection from one's surroundings (e. g. people or surroundings feel as if they are unfamiliar, unreal, or distorted).
- Identity confusion: subjective feelings of uncertainty, puzzlement, conflict or struggle regarding one's own identity.
- Identity alteration: objective/observable behavior associated with alterations/shifts in one's identity or personality states.

The above definitions of the five dissociative components, along with severity rating definitions (described in the *Interviewer's Guide to the SCID-D*) were developed to operationalize the evaluation and ratings of dissociative symptom severity. Extensive research internationally has demonstrated that inquiry based on this model provides characteristic dissociative symptom profiles distinct for each of the dissociative disorders. In addition, during the process of assessing individuals for the five dissociative components, the interviewer obtains essential elaborate information, in further support of the DSM 5 and ICD-11 diagnostic criteria.

For each of these five components of dissociation, possible effects of other disorders, head injury, side-effects of medication, alcohol and/or substance use are also assessed as possible exclusion criteria for DD.

To help in discriminating between DID and other DD diagnoses, nine follow-up sections allow the interviewer to assess for the presence and nature of identity disturbance in greater depth. It is recommended that the interviewer select two of these follow-up sections, which experience has shown to be sufficient for diagnostic purposes, though the interviewer is free to explore additional follow-up sections in order to obtain therapeutically relevant information. Following administration of the SCID-D interview, the interviewer rates the presence or absence of nonverbal behavioral cues that are common in DD, such as amnesia related to events that occurred during the interview, or the presence of a witnessed disruption in identity.

Following the conclusion of the interview, the interviewer completes a *Summary Score Sheet* and rates the severity of each of the five symptom areas.

The *Interviewer's Guide to the SCID-D* [36] provides severity rating definitions in order to operationalize the assessment of severity for each of the five symptom areas (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alteration). Symptom severity is scored on a 4-point scale (1= absent; 2= mild; 3= moderate; 4= severe) based on the frequency and duration of episodes, associated subjective disturbance, and impairment in personal, familial, social, educational, occupational or other important areas of functioning. Total SCID-D scores can range between a low of 5 and a high of 20. Final diagnosis is made by the clinician, based on the interviewees elaborate responses to the entire interview, the scores for each symptom area, the total SCID-D score, exclusion criteria, and with the support of the *SCID-D Interviewer's Guide*. The clinician can choose to use ICD-11 or DSM-5 diagnoses.

2.2. Recent adaptations in the SCID-D

This latest edition of the SCID-D includes the same five core symptom questions and question-numbering of previous editions. Slight modifications have been made to the structure and content of the instrument, with the aim to render it even more user friendly.

The SCID-D's five-core-symptoms model enables the assessment of all DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders:

- DSM-5 & ICD-11: Dissociative Amnesia (with or without fugue)
- DSM-5 & ICD-11: Depersonalization/Derealization Disorder
- DSM-5: Dissociative Identity Disorder (defined by the presence of two or more distinct personality states associated with experiences of discontinuity or disruption in identity and memory)
- ICD-11: Dissociative Identity Disorder ("at least two distinct personality states recurrently take executive control of the individual's consciousness and functioning in interacting with others or with the environment." [41])
- DSM-5: Other Specified Dissociative Disorder (OSDD)
- ICD-11: Partial Dissociative Identity Disorder ("two or more distinct personality states [...], involving marked discontinuities in the sense of self and agency One personality state is dominant and normally functions in daily life (e.g., parenting, work), but is intruded upon by one or more non-dominant personality states (dissociative intrusions). [...] The non-dominant personality states do not recurrently take executive control of the individual's

consciousness and functioning to the extent that they perform in specific aspects of daily life (e.g., parenting, work). " [41]

- ICD-11: Dissociative neurological symptom disorder (formerly: Dissociative disorders of movement, sensation, or cognition)

The ICD-11 provides clearer descriptions of some of the DD than is the case with ICD-10, and these descriptions are now more comparable to the DSM-5. In particular, definitions of dissociative identity disorder (DID) are almost identical in both manuals. The new ICD-11 diagnostic of partial DID can be considered as similar to OSDD in the DSM-5, in particular as defined in the examples 1 and 2. However, ICD-11 partial DID has a precise definition summarized by intrusions of non-dominant personality state(s) upon the dominant personality state. Conversely, the DSM-5 diagnosis of OSDD is not as precise and may not completely overlap with partial DID.

New in the DSM-5, depersonalization and derealization are now combined into a single diagnosis, similarly in ICD-11. Another revision in the DSM-5 and in the ICD-11 is that dissociative fugue is considered a subtype of dissociative amnesia. ICD-11's Possession trance disorder is categorized in the DSM-5 as a possible clinical presentation of DID. ICD-11's trance disorder is categorized in the DSM-5 as the fourth example of OSDD. Other clinical presentations that do not meet the above diagnosis can be described in the DSM-5 as unspecified dissociative disorder, and in the ICD-11 as other specified dissociative disorder (OSDD) or dissociative disorder, unspecified. As we write this paper, revisions may still occur regarding ICD-11 OSDD and dissociative disorders, unspecified.

2.3. Translation of the instrument in French

A team of experts in the field of DD and fluent in English translated the SCID-D under the supervision of the first author. Because dissociative symptoms are often subjective, due care was taken in the formulation of specific items aside from a rigorous translation. Because of the length of the instrument (128 pages), no back-translation was made. Instead the first author tested the instrument with several patients to make sure that the items were addressing specifically what they were expected to address and that the items were properly understood. Several minor adjustments were made following this trial phase. During the study, it appeared that the lack of a back-translation was not problematic at all.

3. Method

The aim of this research was to study the validity and inter-rater reliability of the SCID-D. The study was approved by the regional ethics committee (Commission Cantonale d’Ethique de la Recherche sur l’Etre Humain, Lausanne, Switzerland) under reference number 2016-00249. We tested the SCID-D on three groups of subjects: subjects with a DD (n=20), subjects with a nondissociative psychiatric disorder (n=19), and healthy control subjects (n=10).

Participants were recruited among clients of psychotherapists from the French speaking region of Switzerland. Clinicians were asked to refer clients willing to participate in the study. Subjects needed to be in treatment with their psychotherapist for at least six months and be stable enough to undergo such an interview. Exclusion criteria were hospitalization in the last month, acute suicidality, mental retardation, current alcohol or substance abuse, or epilepsy. Referring clinicians were asked to provide us with an ICD-10 diagnosis on the basis of their comprehensive clinical assessment over a period of at least six months. Healthy control subjects were volunteers recruited via advertising on the internet. Exclusion criteria for control subjects were a previous history of psychiatric or psychological treatment, a history of suicidality, mental retardation, present or past alcohol or substance abuse, and a history of epilepsy. All participants were Caucasian. They were required to be between 18 and 65 years of age and either native French speakers or in possession of excellent French language skills. Because no diagnostic tool for DD was available in French at the time, some clinicians were unsure of the DD diagnosis of clients. We therefore accepted eight participants for which there was uncertainty regarding their diagnosis. They were attributed to the DD group or to the nondissociative psychiatric group according to the first rater’s assessment. The decision to include in our study participants for which the treating clinicians were unsure of the diagnosis was a particular challenge since it meant including subjects whose clinical presentation was, in many regards, complex.

Each participant received information about the study at least seven days before entering the study. During a first meeting (with the first author, or JN) participants signed a consent form, which included giving informed consent to videotaping, then filled in the SDQ-20 and the DIS-Q questionnaires. The first author then administered the SCID-D to the 49 subjects. The SCID-D interview

lasted between 35 minutes (for control subjects) to 3 hours and 30 minutes (for DD subjects). Meetings were limited to two hours; it was therefore necessary to schedule two meetings for a certain number of participants. The safety of participants was given utmost priority. The SCID-D interviews were videotaped and then five co-raters (SA, TC, MEP, DW, EZ) independently rated approximately 10 videos that were assigned randomly to each of them. Because of his involvement in the recruitment of participants, the interviewer (first rater) was not blind to their diagnosis, except in the case of the eight participants whose referring clinician's diagnosis was uncertain. The five co-raters were blind to the diagnosis made by the referring clinician, as well as to the assessment of the interviewer. All of the raters were psychologists specialized in psychotherapy, both extensively trained and experienced in the diagnosis and treatment of DD. Three of them (MEP, DW, EZ) had previous clinical experience with the SCID-D-IVR [32]. All of them attended a one-day training session on the use of the SCID-D for DSM-5 and ICD-11 with the first author. Each rater scored the subjects' responses to individual items as the interview proceeded, then completed the *Summary Score Sheets*. Raters were also asked to rate the difficulty of their decisions in assessing, (1) whether a DD was present, and (2) the type of DD diagnosis. If there was a doubt about the diagnosis, they were given the opportunity to describe the cause of their hesitation.

4. Participants

The nondissociative psychiatric subjects presented with a wide range of disorders, including anxiety disorders (panic disorder, $n = 3$; obsessive compulsive disorder, $n = 2$), mood disorders (persistent depressive disorder, $n = 2$; bipolar disorder, $n = 2$; post-partum depression, $n = 1$, mild depression, $n = 1$), and adjustment disorder ($n = 2$). Five subjects had both an anxiety disorder and depression. One participant had borderline personality disorder and four others had a comorbid personality disorder.

The mean age of the DD patients was 43 years ($SD = 9.90$; range: 25-58). For the nondissociative psychiatric patients, it was 42.26 ($SD = 13.90$; range: 21-65), while for the control subjects it was 28.60 years ($SD = 13.63$; range: 18-64). There is a significant age difference between (1) the DD patients or the nondissociative psychiatric patients and (2) the control subjects. Table 1 presents the socio-demographic characteristics of the subjects for each group. While there

is no obvious difference in the level of education between the dissociative and the nondissociative psychiatric patients, we notice that 50% of the dissociative patients in our study were on disability (only 15.8% for the nondissociative psychiatric patients and none for the control subjects). Men represented around a third of the overall participants.

Table 1 : Sociodemographic characteristics of the subjects for each group.

	Patients with dissociative disorders (N=20)		Patients with nondissociative psychiatric disorders (N=19)		Normal control subjects (N=10)		Total (N=49)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gender (female)*	15	75.0%	9	47.4%	7	70.0%	31	63.3%
Marital status								
Single	7	35.0%	8	42.1%	8	80.0%	23	46.9%
Married	8	40.0%	5	26.3%	1	10.0%	14	28.6%
In partnership	0	0.0%	3	15.8%	1	10.0%	4	8.2%
Divorced	4	20.0%	3	15.8%	0	0.0%	7	14.3%
Widow	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%
Education								
None	2	10.0%	1	5.3%	0	0.0%	3	6.1%
CFC	5	25.0%	5	26.3%	1	10.0%	11	22.4%
Matu /HES	7	35.0%	3	15.8%	3	30.0%	13	26.5%
Bachelor/Master	6	30.0%	7	36.8%	5	50.0%	18	36.7%
PhD	0	0.0%	3	15.8%	1	10.0%	4	8.2%
Professional activity								
Studying	2	10.0%	2	10.5%	7	70.0%	11	22.4%
Working	6	30.0%	8	42.1%	3	30.0%	17	34.7%
Unemployment	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	1	2.0%
Sick leave	2	10.0%	3	15.8%	0	0.0%	5	10.2%
Disability	10	50.0%	3	15.8%	0	0.0%	13	26.6%
Retired	0	0.0%	2	10.5%	0	0.0%	2	4.1%

5. Results

5.1. Inter-rater reliability

The reliability of the SCID-D-5 was analyzed for overall rater agreement on presence and absence of a DD, agreement as to the severity of each of the five SCID-D core symptoms, and the rater agreement on the specific DD diagnosis. At a descriptive level, there was a 96% agreement in the diagnosis/non-diagnosis of DD between the interviewer (first rater) and the co-raters. The interviewer applied a diagnosis of DD to 20 participants while the co-raters applied it to 18 participants. The two participants that were the subject of this disagreement happened to have a complex clinical presentation which resulted in diagnostic difficulties for the interviewer as well as for the co-raters.

The interviewer was likely influenced by the information on these participants in his possession. The interviewer applied the diagnosis of OSDD (DSM-5) and partial DID (ICD-11) for one of these subjects, while in the second case he applied the diagnosis of DSM-5 OSDD and ICD-11 OSDD. Among the 18 participants for which both raters agreed that they presented a DD, there was a disagreement over two subjects when considering the DSM-5 and on three subjects when considering the ICD-11 (89% agreement on specific DSM-5 diagnosis, and 83% agreement on specific ICD-11 diagnosis). The interviewer (first rater) applied the diagnosis of DSM-5 OSDD (respectively partial DID) for a participant that was diagnosed with DID by a co-rater who nevertheless hesitated between DID and DSM-5 OSDD/ICD-11 partial DID, because she was unsure whether the client presented with clear regular disruptions in the sense of agency and the sense of self. One subject was diagnosed with depersonalization-derealization disorder (DSM-5 and ICD-11) by the interviewer and the diagnostic of unspecified DD (DSM-5) and OSDD (ICD-11) by the co-rater. Both agreed on the lack of clear distinct personality states in this case, and also on the difficulty of deciding on the right DD diagnostic. For another subject, both raters agreed on the DSM-5 diagnosis but differed slightly on the ICD-11 diagnostic: the interviewer considered that the intrusions were not severe enough to apply the diagnosis of partial DID and instead chose the OSDD diagnosis, while the co-rater applied the diagnosis of partial DID. There was unanimous agreement for all other participants.

We used several statistical tools to measure the inter-rater reliability of the SCID-D (see Table 2). All indicate a good to excellent reliability for DSM-5 and ICD-11 diagnoses, with a Kappa value of 0.83 and 0.76 respectively, a contingency coefficient of 0.85, and a K_{hi}-2 of 40.33 and 40.40 respectively. This means that the overall diagnosis was homogeneous between raters.

Comparing the score of the five SCID-D dimensions (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion and identity alteration) between the interviewer and the co-raters, the mean of Kendall's Tau was 0.80 and 0.82 for the SCID-D total score, which is in the good to excellent range.

Table 2 : Agreement of Two Raters using the SCID-D to Assess Dissociative Disorder Diagnosis based on DSM-5 and ICD-11 diagnoses with inter-rater reliability statistical value

Type of dissociative disorder DSM-5	N	Type of dissociative disorder ICD-11	N
Dissociative identity disorder		Dissociative identity disorder	
Rater 1	5	Rater 1	5
Raters 2	6	Raters 2	6
Other specified dissociative disorder		Partial Dissociative identity disorder	
Rater 1	11	Rater 1	9
Raters 2	8	Raters 2	8
Amnesia		Amnesia	
Rater 1	1	Rater 1	1
Raters 2	1	Raters 2	1
Depersonalization-derealization		Depersonalization-derealization	
Rater 1	3	Rater 1	3
Raters 2	2	Raters 2	2
Unspecified Dissociative disorder		Other specified dissociative disorder	
Rater 1	0	Rater 1	2
Raters 2	1	Raters 2	1
Kappa value (p<.001)	.83		.76
Contingency coefficient (p<.001)	.85		.85
Khi-2 (p<.001)	49.33		49.40

We also calculated the agreement between the interviewer and the co-raters in their ability to distinguish clinically non-significant symptoms (score of 1 or 2) from clinically significant dissociative symptoms (score of 3 or 4) for each of the five dimensions. Table 3 shows that there was an agreement of 84% to 92%.

Table 3 : Agreement between raters using the SCID-D to assess dissociative disorders (clinically non-significant versus clinically significant) with dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects.

Dissociative symptoms	N	Overall assessment agreement	Level of chance corrected agreement
Amnesia	49	88%	0.75
Depersonalization	49	90%	0.79
Derealization	49	90%	0.79
Identity confusion	49	84%	0.68
Identity alteration	49	92%	0.81

The level of signification of all Kappa measure is at least p<.001.

Different understandings between co-raters as to the way of scoring the symptoms on the 1-4 lickert scale explain the difference that nevertheless had no visible impact on the agreement when it comes to the DD diagnosis. The above

results are in accordance with those found in prior studies of the SCID-D inter-rater reliability, namely, agreement on the presence/absence of a DD in the high 90's percentages, inter-rater correlation on SCID-D symptom severity in the .82 - .92 range, and agreement on specific DD diagnosis in the 82%-100% range [8, 25].

5.2. Discriminant validity

Another necessity for a diagnostic tool such as the SCID-D is the need to discriminate DD from nondissociative psychiatric and healthy control subjects. Table 4 shows the strong statistical differences between the three groups of participants for each of the five dimensions and for the SCID-D total score.

Table 4 : SCID-D Dissociative symptom severity for dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects (for rater 1)

Symptômes	Patients with dissociative disorders (N=20)			Patients with nondissociative psychiatric disorders (N=19)			Normal control subjects (N=10)			Total (N=49)	
	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD
Amnesia	3.20 ^{a***}	0.95	1-4	1.89 ^b	0.87	1-3	1.10 ^b	0.32	1-2	2.27	1.17
Depersonalization	3.60 ^{a***}	0.82	1-4	1.95 ^b	0.85	1-3	1.40 ^b	0.52	1-2	2.51	1.21
Derealization	3.45 ^a	0.69	2-4	1.79 ^{b***}	0.92	1-4	1.10 ^{c*}	0.32	1-2	2.33	1.21
Identity	3.50 ^{a***}	0.69	2-4	2.47 ^b	0.91	1-4	1.30 ^c	0.68	1-3	2.65	1.13
Confusion											
Identity	3.00 ^{a***}	0.79	1-4	1.42 ^b	0.51	1-2	1.10 ^b	0.32	1-2	2.00	1.04
Alteration											
Total SCID-D score	16.75 ^a	2.42	13-20	9.53 ^b	2.95	5-15	6.00 ^{c**}	1.41	5-9	11.76	5.02

The different letters between the means indicate a significant difference of contrasts (threshold at least $P < .05$).

The dissociative patients have significantly higher scores ($p < .001$) than nondissociative psychiatric patients and healthy control subjects for all five dimensions and the total SCID-D score. The control subjects have a non-significant lower score than the nondissociative psychiatric patients for the dimensions of amnesia, depersonalization and identity alteration, but a lower significant score for derealization ($p < .05$), identity confusion ($p < .001$) and the SCID-D-total score ($p < .01$). In summary, the DD patients of our study clearly score much higher on the SCID-D total score and on the five dimensions than the other participants. The nondissociative mixed psychiatric patients score a little higher than the healthy control subjects on the total score, but not for all dimensions.

These results are in accordance with those obtained from prior studies of the SCID-D's discriminant ability (DD versus nondissociative disorders, including psychotic disorders, and control subjects) in different countries [5, 7, 17-21, 25, 34, 38, 40].

In the SCID-D section that includes questions related to associated features of identity alteration, the interview explores symptoms that suggest underlying identity confusion or identity alteration such as flashbacks, internal dialogues, critical voices, and child voices, that can be subtle manifestations of personality states in DID or in ICD-11 partial DID/DSM-5 OSDD. These associated features can also be present in different disorders such as schizophrenia or other psychotic disorders. The presence/absence of these symptoms are presented in Table 5.

Table 5 : Associated features of identity alteration on the SCID-D for dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects.

	Patients with dissociative disorders (N=20)		Patients with nondissociative psychiatric disorders (N=19)		Normal control subjects (N=10)		Total (N=49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Flashback *								
No	3	15.0%	14	73.7%	9	90.0%	26	53.1%
Yes	15	75.0%	5	26.3%	0	0.0%	20	40.8%
Uncertain	2	10.0%	0	0.0%	1	10.0%	3	6.1%
Internal Dialogue *								
No	3	15.0%	13	68.4%	9	90.0%	25	51.0%
Yes	15	75.0%	6	31.6%	1	10.0%	22	44.9%
Uncertain	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%
Critical Voice *								
No	8	40.0%	17	89.5%	10	100.0%	35	71.4%
Yes	11	55.0%	2	10.5%	0	0.0%	13	26.5%
Uncertain	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%
Child voice								
No	13	65.0%	17	89.5%	10	100.0%	40	81.6%
Yes	6	30.0%	1	5.3%	0	0.0%	7	14.3%
Uncertain	1	5.0%	1	5.3%	0	0.0%	2	4.1%

(*): significant difference between groups calculated with χ^2 with $p < .001$. No significant difference between groups for child voice.

Results show that the DD patients have more of these four symptoms than the nondissociative psychiatric patients and the control subjects. For flashbacks, internal dialogues and critical voices, the difference between groups was highly

significant. These symptoms discriminate well the DD participants from mixed psychiatric patients and control subjects.

5.3. Convergent validity

We integrated the SDQ-20, SDQ-5 and DIS-Q, all questionnaires recognized as good screeners for dissociation and DD in research in different cultures, in our study [26]. Table 6 summarizes the scores of these questionnaires for the three groups of participants. The DD patients show significant higher scores on SDQ-20, SDQ-5, the DIS-Q total score and on all four subscales of the DIS-Q, than the nondissociative psychiatric and the control subjects. With a mean of 45.90, the results of the DD patients in our study correspond to previous research with mixed DD [26]. The mean scores of our nondissociative patients with mixed psychiatric disorders and of our control subjects correspond to similar populations in previous studies [26]. As for the DIS-Q, results are also in the same range as previous studies [39]. The total DIS-Q score of our dissociative participants is closer to the mean score of subjects with a DSM-5 OSDD than it is to the mean score of DID patients in previous studies. This may be explained by the fact that we had 25% DID subjects and around 50% of DSM-5 OSDD/ICD-11 partial DID in our sample.

Table 6 : Comparison of SDQ-20, SDQ-5 and DIS-Q for dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects.

	Patients with dissociative disorders (N=20)			Patients with nondissociative psychiatric disorders (N=19)			Normal control subjects (N=10)			Total (N=49)	
	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD
SDQ-20	45.90 ^{a***}	19.01	22-92	26.58 ^b	7.59	20-48	21.40 ^b	2.88	20-29	33.41	16.72
SDQ-5	10.85 ^{a***}	5.50	5-21	6.00 ^b	1.33	5-10	5.00 ^b	0.00	5-5	7.78	4.41
DISQ TOTAL	2.84 ^{a***}	0.66	1.65-4.00	1.84 ^b	0.72	1.13-3.41	1.34 ^b	0.36	1.0-1.98	2.14	0.87
DIS-Q Identity disturbance	2.98 ^{a***}	0.86	1.48-4.52	1.65 ^b	0.83	1.04-3.64	1.15 ^b	0.21	1.00-1.52	2.09	1.07
DIS-Q Loss of control	2.90 ^a	0.79	1.61-4.17	1.58 ^{b**}	0.73	1.17-3.72	1.58 ^{b,c*}	0.58	1.00-4.17	2.35	0.88
DIS-Q Amnesia	2.53 ^{a***}	0.82	1.29-4.00	1.63 ^b	0.66	1.00-3.21	1.26 ^b	0.29	1.00-1.86	1.92	0.85
DIS-Q Absorption	2.89 ^{a**}	0.73	1.33-4.00	2.04 ^b	0.83	1.00-3.67	1.65 ^b	0.74	1.00-3.00	2.30	0.91

The different letters between the means indicate a significant difference of contrasts (threshold at least $P < .05$).

Calculated with Pearson's r , the correlation between (1) the five SCID-D dimensions and the SCID-D total score and (2) the three questionnaires (SDQ-20, SDQ-5 and DIS-Q) is high (Table 7), especially for the SCID-D total score. This confirms that the SCID-D relates to the same psychological construct measured by the SDQ-20 and the DIS-Q. The convergent validity of the French language SCID-D is similar to findings in previous international research.

Table 7 : Correlation between SDQ-20, SDQ-5, DIS-Q and the five SCID-D dimensions (Pearson's r)

	SDQ-20	SDQ-5	DIS-Q Total
Amnesia	0.67	0.61	0.72
Depersonalization	0.63	0.59	0.80
Derealization	0.69	0.66	0.68
Identity confusion	0.62	0.58	0.72
Identity alteration	0.66	0.63	0.61
SCID-D total score	0.75	0.70	0.81

All correlations are significant at $p < .01$.

6. Discussion

The SCID-D-5 was able to successfully discriminate patients with DD (based on DSM-5 and ICD-11 diagnostic criteria) from patients with nondissociative psychiatric disorders and from healthy control subjects. The scores on the SCID-D, the SDQ-20, and the DIS-Q and its different subscales were all correlated, which confirms the convergent validity of the SCID-D as a structured diagnostic interview for DD.

Moreover, the SCID-D was able to clarify the diagnosis for eight patients whose treating clinicians were initially unsure of their diagnosis (DD versus nondissociative psychiatric disorder). After the SCID-D assessment, five of these patients were diagnosed with a DD (one of them only by the first rater), while three did not have any DD. Another participant had been diagnosed with DSM-5 OSDD by the referring clinician, but it was clear to both raters that the client's intrusive symptoms, which occurred only during therapy sessions, did not satisfy the criteria for a DD.

Our findings indicate that the SCID-D can reliably discriminate cases previously misdiagnosed with a DD. It can also clarify the diagnosis in cases where

the clinician is uncertain or has limited training in the assessment of DD. From these clinical observations and the statistical analysis, we can conclude that the French translation of the SCID-D has a good to excellent reliability and discriminant and convergent validity.

This study has several possible limitations. (1) Back-translation is usually performed for questionnaires that are validated in a language other than the original. The size of the SCID-D made this impossible. To compensate for this, we performed trials of the SCID-D on several patients before starting this research. Furthermore, no problem due to translation appeared during the 49 interviews. (2) The first rater was not blind to the participants' diagnosis made by the referring clinicians. Nevertheless, the diagnosis was uncertain for eight subjects. All co-raters were blind to the diagnosis and the agreement between the interviewer and the co-raters was excellent (overall agreement was 96% for presence/absence of a DD). This demonstrates that the SCID-D is useful with or without prior knowledge of the referring clinician's diagnosis (or hypothesis). (3) This research was conducted on a relatively small group of outpatient subjects. It is similar to the original study on the reliability of the SCID-D-III-R [31] conducted with 48 subjects (18 with a DD, 23 with a nondissociative psychiatric disorder and 7 healthy control subjects). However, discriminant validity is more difficult to achieve with small samples than with large samples, and our findings may therefore be considered a more stringent measure of the SCID-D's validity. Furthermore, even though our sample is not large, our study's findings of good-to-excellent inter-rater reliability and discriminant validity of the SCID-D are consistent with the findings of numerous other international SCID-D investigations in both out-patient and in-patient populations [5, 6, 8, 18, 19, 22, 29, 31, 38]. (4) Although our sample included an over-representation of young medical students in our control group, our control subjects' low total scores on the SCID-D, SDQ-20 and DIS-Q, are very similar to that found in previous research using a diverse sample of community controls [26, 31, 39]. (5) This study examined the inter-rater reliability of the SCID-D based on blind interviewer's co-rated videotaped interviews by one examiner. To reduce the potential for cueing of raters, the interviewer asked all of the questions in the structured interview and did not skip any sections even when screening questions resulted in clinically insignificant responses.

7. Conclusion

To our knowledge, this study is the first to evaluate the validity and inter-rater reliability of a diagnostic instrument for dissociative symptoms and disorders in the French language. Furthermore, it is the first study on the latest version of the SCID-D which has the advantage of identifying diagnoses based on DSM-5 as well as ICD-11 (taking effect in January 2022) diagnostic criteria.

Our research indicates that the French translation of the SCID-D has good to excellent reliability, discriminant and convergent validity, and that it supports and expands upon previous research of DSM-III and DSM-IV versions of the SCID-D in different languages [5, 6, 8, 18, 19, 21, 22, 25, 29, 31, 34, 37, 38, 40]. The use of the SCID-D requires knowledge about DD as well as familiarity with the *Interviewer's Guide to the SCID-D* [33, 36] and/or specific training in its use and the application of the severity rating guidelines. There were slight differences between our raters regarding the understanding of the severity rating guidelines. Nevertheless, this did not impact the overall diagnosis of the participants. Our co-raters were experienced clinicians with respect to DD, but only had a one-day training session on the use of the SCID-D. We recommend a two-day training session for future SCID-D trainings.

This latest version of the SCID-D integrates the ICD-11 diagnostic criteria of DD, some of which are differently defined compared to the DSM-5. In fact, in our study, the first rater applied the DSM-5 diagnosis of OSDD and ICD-11 OSDD (but not partial DID) for two subjects. This shows that DSM-5 OSDD may not completely overlap with partial DID. To our knowledge, this is the first study using ICD-11 DD diagnostic criteria. Future research using the SCID-D may help to clarify whether the criteria need to be further refined.

This latest version of the SCID-D allows the interviewer to evaluate whether their patients meet diagnostic criteria for ICD-11 dissociative neurological symptom disorders, which are not listed in the chapter on DD in the DSM-5. ICD-11 dissociative neurological symptom disorders should be investigated using the SCID-D to determine how often those suffering from such conditions have SCID-D five-symptom profiles that map into another DD (which would then preclude a diagnosis of dissociative neurological symptom disorder). For example, other studies demonstrate that upon evaluation with the SCID-D, 91% of persons with non-epileptic seizures were found to have non-epileptic seizures in the context of

another DD [7], and among clients consulting for a DSM conversion disorder, from 30% to 47% had another DD [31, 37]. In such cases, employing therapies targeting the overall dissociative conditions, as detected by the SCID-D, may be preferred to therapies focused solely on symptom management for non-epileptic seizures or conversion disorder.

Clinical use of the SCID-D throughout the past thirty years indicates that the process of exploring dissociative symptoms in the context of this interview is not only of diagnostic relevance but that it can also be therapeutic. The *Interviewer's Guide to the SCID-D* encourages the clinician's use of compassionate interview techniques, facilitating the patient's elaboration of clinically rich descriptions of their dissociative experiences essential for the accurate detection, diagnosis and treatment of dissociative symptoms and DD. Assuming that the therapist has judged their patient stable enough for a thorough assessment, a SCID-D administration can facilitate the development of a therapeutic alliance, and its method of inquiry can bring forth therapeutically meaningful information much earlier in the therapeutic process.

Considered the "gold standard" diagnostic instrument for DD internationally [8], the French version of the SCID-D paves the way for more research on DD in French-speaking countries, such as clinical, conceptual, treatment and epidemiological studies. It is now possible to utilize a validated diagnostic procedure for patients suspected of having a DD, i.e., disorders which can profoundly affect global functioning, and which require specialized treatment.

References

1. Allen J. Introduction: Advances in diagnosing and treating trauma. *Bull Menninger Clin.* 2000; 64 ; 143–145.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association ; 2013.
5. Boon S, & Draijer N. Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148, 458–462. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.458> .
6. Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers; 1993.
7. Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin.* 2000; 64(2):164-180.
8. Brand BL, Dalenberg CJ, Frewen PA et al. Trauma-Related Dissociation Is No Fantasy: Addressing the Errors of Omission and Commission in Merckelbach and Patihis (2018). *Psychol. Inj. and Law.* 2018; 11, 377–393. <https://doi.org/10.1007/s12207-018-9336-8>
9. Darves-Bornoz JM, Degiovanni A, Gaillard P. Why is dissociative identity disorder infrequent in France?. *Am J Psychiatry.* 1995;152(10):1530-1531. doi:10.1176/ajp.152.10.1530b
10. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;71(1):59-65. doi:10.1016/s0301-2115(96)02605-x
11. Darves-Bornoz JM, Lépine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. *Eur Psychiatry.* 1998;13(6):281-287. doi:10.1016/S0924-9338(98)80045-X]
12. Darves-Bornoz JM, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P, Lépine JP. Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a French follow-up study. *J Trauma Stress.* 1999;12(4):613-623. doi:10.1023/A:1024713017052
13. Darves-Bornoz JM, Degiovanni A & Gaillard P. Validation of a French version of the dissociative experience scale in a rape victim population. *Can J Psychiatry.* 1999; 44, 271-275.
14. Dell PF. The long struggle to diagnose multiple personality disorder (MPD): partial MPD. In: Dell PF, O'Neil JA. *Dissociation and the Dissociative*

- Disorders: DSM-IV and beyond. New York, NY : Taylor & Francis ; 2009 ; 403-428.
15. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Hanna D, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *J Nerv Ment Dis.* 2009 ; 197 : 892–898.
 16. El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, & Gaillard P. Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Diss.* 2002; 3 :59-73.
 17. Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):623-629. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.623
 18. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(4):249-257. doi:10.1097/00005053-200104000-00007
 19. Ginzburg K, Somer E, Tamarkin G, & Kramer, L. Clandestine psychopathology: unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *J nerv ment dis;* 2010; 198, 378-381.
 20. Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, & Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1992;; 180, 332–337. <https://doi.org/10.1097/00005053-199205000-00008>.
 21. Gingrich HD. Assessing Dissociative Symptoms and Dissociative Disorders in College Students in the Philippines, *J Agg Maltreatment Trauma.* 2009; 18:4; 403-418. DOI: [10.1080/10926770902901881](https://doi.org/10.1080/10926770902901881)
 22. Kundakçi T, Sar V, Kiziltan E, Yargiç IL, Tutkun H. Reliability and validity of the Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D): a preliminary study. *J Trauma Dissociation.* 2014;15(1):24-34. doi:10.1080/15299732.2013.821434.
 23. Mihaescu G, Vanderlinden J, Séchaud M, Heize X, & Baettig D. Le questionnaire de dissociation DIS-Q : résultats préliminaires dans une population Suisse francophone. *Encéphale.* 1998 ; 24 (4) : 337-346.
 24. Moskowitz A, Mosquera S., Longden E. Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: historical, empirical and clinical perspectives. *Eur J Trauma Diss.* 2017; 1, 37-46.

25. Mueller-Pfeiffer C, Rufibach K, Perron N, Wyss D, Kuenzler C, Prezewowsky C, Pitman RK, & Rufer M. Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Res*; 2012; 200, 475-481.
26. Nijenhuis ERS. Somatoform Dissociation and Agency. In: Dorahy M., Gold S, *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New-York: Routledge Press. In press.
27. Piedfort-Marin O. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Ann medico-psy*. 2019 ; 177, 788-795.
28. Putnam F, & Loewenstein R. Dissociative identity disorder. In Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000; 1552-1563.
29. Rodewald F. Diagnostik Dissoziativer Störungen [thèse]. Medizinischen Hochschule Hannover; 2005.
30. Sar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E., & Dogan O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161, 2271-2276.
31. Steinberg M, Rounsaville B, & Cicchetti D. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders : Preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*. 1990; 147 (1) : 76-82.
32. Steinberg M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
33. Steinberg, M. Interviewer's guide to the Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised (SCID-D-R). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
34. Steinberg M. Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bull Menninger Clin*. 2000 ; 64(2), 146–163.
35. Steinberg M. The SCID-D : Therapeutic Assessment of Dissociation, American Psychiatric Association Publishing, Washington, D.C. (in press).
36. Steinberg M. Interviewer's Guide to the SCID-D American Psychiatric Association Publishing, Washington, D.C. (in press)
37. Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyakbayram A, & Tutkun H. Dissociative Disorders in Turkish Inpatients With Conversion Disorder. *Comp Psychiatry*; 2003; 44-4, 324-330

38. Kundakçi T, Sar V, Kiziltan E , Yargıç IL, & Tutkun H. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Structured Clinical Interview for DSM–IV Dissociative Disorders (SCID-D): A Preliminary Study, *J Trauma Diss*; 2014; 15:1, 24-34K
39. Vanderlinden J. Outils diagnostiques des troubles dissociatifs: une évaluation multidimensionnelle. In: kedia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillot I, & Brown D *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris: Dunod; 2012; 53-84.
40. Welburn K, Fraser G, Jordan S, Cameron C, Webb L, & Raine D. (2003). Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *J Trauma Diss* ; 2003 ; 4(2), 109–130.
41. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th edition - ICD-11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/108180424>

2.7. Données additionnelles sur l'étude de validation du SCID-D.

De notre expérience lors de cette étude réalisée avec 49 personnes ainsi que de notre expérience auprès d'autres patients, nous aimerions ajouter certains éléments de réflexion plus axés sur la clinique.

2.7.1. Intérêt des questionnaires de détection des troubles dissociatifs

Comme nous l'avons vu plus haut, les deux questionnaires qui nous semblent les plus intéressants pour la détection de TD sont le SDQ-20 et le DIS-Q. Si dans notre étude ces deux questionnaires étaient positivement corrélés avec le score au SCID-D, comme d'autres études l'ont aussi montré, qu'en est-il de l'utilité de ces questionnaires dans une pratique clinique ? La valeur de cut-off pour la détection de TD est de >28 pour le SDQ-20 et de 2.50 pour le DIS-Q. Ces valeurs sont-elles d'intérêt pour la clinique ? Devrions-nous les suivre sans regard critique ?

Si nous revenons à notre échantillon, nous souhaitons ôter les sujets contrôles de toute considération. Nos sujets contrôles ne ressemblaient en rien à la clientèle d'un cabinet de psychothérapie, et encore moins à celle d'un cabinet spécialisé en psychotraumatologie. Si nous nous intéressons donc aux 39 autres participants à notre étude, tous en psychothérapie depuis au moins 6 mois au moment de l'étude pour un trouble psychiatrique avéré, qu'en est-il ? Le tableau 5 résume l'effet des valeurs de cut-off pour les deux questionnaires. On s'aperçoit que pour les deux questionnaires, 9 patients sur 39 ne sont pas bien détectés, ce qui fait 23% d'entre eux. Soit un patient TD a un score en-dessous de la valeur cut-off pour l'un de ces questionnaires, soit un patient non-TD a un score au-dessus de la valeur cut-off. Ce sont parfois pour les mêmes patients que les valeurs de détection des deux questionnaires échouent. Et dans d'autres cas un questionnaire est un bon détecteur mais pas l'autre.

Tableau 5 : Nombre de patients au-dessus et au-dessous de la valeur de cut-off pour le SDQ-20 et le DIS-Q (patients avec un trouble dissociatifs ou avec un trouble psychique non-dissociatif). En gras : les cas problématiques.

	SDQ-20		DIS-Q	
	Cut-of value	N sujets (total : 39)	Cut-off value	N sujets (total : 39)
Patients TD	>28	15	> 2.50	14
	< ou =28	5	< 2.50	6
Patients non TD	>28	4	> 2.50	3
	< ou =28	15	< 2.50	16
Total cas problématiques		9		9

Tableau 6 : Les patients ayant un score au SDQ-20 et/ou au DIS-Q en contradiction avec leur diagnostic (en gras : les scores problématiques).

Sujet (code)	Diagnostic CIM-11	SDQ-20	DIS-Q	Commentaires
1	Amnésie dissociative	28	1.65	Traumatismes de l'adolescence. Amnésie soudaine à l'âge adulte sous l'effet de plusieurs stressseurs. SDQ-20 proche de la valeur cut-off.
2	TDI	74	2.46	Score proche de la valeur cut-off.
14	TDI	34	1,71	Patiente partiellement anosognosique de son TDI (c-à-d. très évitante de ses symptômes dissociatifs)
15	TDI partiel	28	2.76	SDQ-20 proche de la valeur cut-off.
21	TDI partiel	22	2.14	Cas complexe à diagnostiquer.
23	Dépersonnalisation/ déréalisation	22	3.08	Cas complexe à diagnostiquer.
25	TDI partiel	47	2.00	Cas complexe à diagnostiquer.
42	Dépersonnalisation/ déréalisation	25	2,05	Patient particulièrement évitant de ces symptômes dissociatifs.
9	Trouble bipolaire	48	3.41	Patient sévèrement traumatisé dans l'enfance. Certains symptômes psychotiques passagers. A eu dans sa vie quelques bref épisodes dissociatifs sévères lors de de périodes de stress intense.
29	Tr. Dépressif récurrent Tr. personnalité	28	3.30	Score élevé probablement en lien avec le trouble dépressif et le trouble de personnalité
30	Tr. personnalité	44	3.27	Score élevé probablement en lien avec le trouble de personnalité sévère.
44	Tr. Panique avec agoraphobie	32	1.51	Probablement en lien avec les symptômes de trouble panique.
45	Tr. Personnalité borderline	29	2.00	Score proche de la valeur cut-off.
Cas les plus problématiques dans la détection (N)		5	8	En excluant les cas limites autour de la valeur de cut-off.

Regardons plus en détail chaque cas. Le tableau 6 ci-dessus résume ces cas et nous y apportons nos commentaires. On peut voir qu'en enlevant les cas à la limite de la valeur de cut-off, le SDQ-20 échoue à détecter correctement 5 cas contre 9 pour le DIS-Q. Le SDQ-20 pourrait donc être un outil plus fiable que le DIS-Q dans la détection de TD auprès de patients consultant pour un TD ou un autre trouble psychiatrique. Certes il est difficile d'émettre des conclusions définitives après la passation à 39 patients. Néanmoins nous proposons les réflexions suivantes :

- ⇒ Il se peut que le SDQ-20 soit un meilleur détecteur des troubles dissociatifs mais cela reste à clarifier par des études auprès de populations cliniques diverses.
- ⇒ Il est sans doute attendu par les cliniciens que les questionnaires de détection soient particulièrement utiles dans les cas complexes à diagnostiquer. Or, c'est peut-être dans ces cas que ces questionnaires sont moins aidants et ne sauraient remplacer la passation d'un instrument de diagnostic.
- ⇒ Les scores autour de la valeur de cut-off devraient être considérés avec prudence.
- ⇒ Nous rappelons que les questionnaires de détection ne sont pas des outils diagnostiques. Ce sont des outils de détection rapide, élaborés en premier lieu pour la recherche.
- ⇒ Nous conseillons d'utiliser ces questionnaires dans le cadre d'un entretien et de demander aux patients de donner des exemples pour chaque item recevant une réponse positive, afin que le clinicien puisse mieux différencier s'il s'agit d'un symptôme de TD ou d'un symptôme en lien avec un autre trouble psychiatrique.

2.7.2. Le trouble de dépersonnalisation/déréalisation : un trouble dissociatif ?

Dans notre échantillon nous avons 3 cas de trouble de dépersonnalisation/déréalisation (DP/DR). Il y a un débat sur le fait de savoir si le trouble de DP/DR est un TD au sens d'une division/dissociation de la personnalité en plusieurs sous-systèmes dans les suites d'un événement traumatique – ou dissociation structurelle au sens de la TDSP – (Gysi, 2020 ; Nijenhuis, 2017a ; Simeon & Abugel, 2006). De ces trois cas, il nous semble que deux cas correspondent à une dissociation structurelle. Pour un autre cas, cela nous semble être d'un autre type.

Nous donnons ci-après une brève description de ces trois cas de trouble de DP/DR sévère.

Sujet 6 :

Le profil SCID-D de ce sujet est le suivant :

- Amnésie : légère
- DP : sévère
- DR : modéré
- Confusion de l'identité : modérée
- Altération de l'identité : absente

Le sujet explique avoir fait partie depuis son enfance d'un groupe religieux qui nous semble s'apparenter à une secte qui organisait des prières de longue durée lors desquelles les participants étaient en transe. « Le leader de la communauté voulait la disparition de notre égo », dira le sujet. On ne pouvait pas mieux faire pour atteindre cet objectif ! Dans ce cas il nous semble que l'entraînement à la méditation et à la transe dès le plus jeune âge ait amené au développement d'un état constant de DP/DR. Cette personne a pu tout de même fonctionner au niveau professionnel de manière satisfaisante, mais néanmoins à la marge, pourtant sans avoir recours à des arrêts-maladie. Puis une période de chômage l'isola socialement, le trouble de DP/DR s'aggrava alors, et il lui fut très difficile de se réinsérer professionnellement. S'en suivit une période d'arrêt-maladie qui aggrava encore le trouble, d'une part par l'isolement, et d'autre part par l'anxiété et l'état dépressif dus à la situation stressante. Ce cas ne nous semble pas correspondre à une dissociation structurelle.

Sujet 23 :

Le profil SCID-D de ce sujet est le suivant :

- Amnésie : modérée
- DP : sévère
- DR : légère
- Confusion de l'identité : sévère
- Altération de l'identité : légère

Pour cette personne l'interviewer hésita entre le diagnostic de DP et celui d'ATDS-1. La cotratrice n° 2 a aussi hésité pour finalement favoriser le diagnostic d'Autre trouble dissociatif non spécifié, une catégorie résiduelle sans descriptif particulier. La présence d'états de personnalité distincts ne pouvait pas être documentée, ce qui est ressorti de l'évaluation des deux cotateurs. Les symptômes d'amnésie modérée sont dans son cas plutôt typique d'une structure dissociative. La confusion d'identité sévère n'est pas en lien avec la présence d'états de personnalité distincts (comme p. ex. une partie enfant avec les intrusions s'y référant) mais plus en lien avec un trouble de personnalité et aussi avec les effets de la DP fréquente. Au niveau clinique, il nous a semblé que la patiente (en tant que PAN) passe très vite dans un état de DP, évitant ainsi les intrusions d'états de personnalité distincts (PE). Quelques éléments laissent penser que des intrusions dissociatives ont lieu pendant ses états de DP, mais pas suffisamment pour poser un diagnostic d'ATDS-1 ou de TDI partiel. Selon nous, ce cas correspond à une structure dissociative.

Sujet 42 :

Le profil SCID-D de ce sujet est le suivant :

- Amnésie : absente
- DP : sévère
- DR : sévère
- Confusion de l'identité : légère
- Altération de l'identité : légère

Le profil SCID-D de ce sujet est typique d'un trouble de DP/DR sévère et particulièrement invalidant. Le sujet présente des intrusions dissociatives qui n'ont cependant pas la fréquence ou la durée requise pour poser le diagnostic d'ATDS-1 ou TDI partiel. Ces intrusions ont lieu la nuit et au réveil dans un état hypnopompique et sont davantage au niveau sensoriel et sensorimoteur. Dans ce cas il nous semble que le patient dans sa PAN est tellement évitant des états de personnalité distincts qui émergent parfois de manière très brève qu'il se dépersonnalise. Par ailleurs, autre signe de cet évitement, le patient ne semble pas conscient du contenu post-traumatique des intrusions. Selon nous, ce cas correspond à une structure dissociative. Il n'est pas impossible que le diagnostic de ce sujet évolue avec le temps.

Autres cas de trouble de dépersonnalisation/déréalisation

Par ailleurs dans notre pratique clinique nous avons rencontré plusieurs cas de trouble de DP/DR survenu après des intoxications de cannabis (« bad trip »). Il semble que 10 à 15% des cas de DP débute dans les suites immédiates d'usage de cannabis et 6% suite à la prise d'hallucinogènes (Simeon, Knutelska, Nelson & Guralnik, 2003) Dans ces cas traités de manière efficace et rapide par l'EMDR, nous avons conceptualisé les sensations de DP/DR comme des intrusions post-traumatiques, les patients pouvant bien décrire que ces sensations de DP/DR correspondaient à ce qu'ils avaient ressenti pendant le bad trip, ce qui avait été traumatisant. Dans ces cas, on est aussi en présence d'une structure dissociative mais de nature différente : les sensations de DP/DR sont en fait les intrusions d'une PE fixée sur l'expérience traumatique qu'est la modification de l'état de conscience vécue avec angoisse lors de la prise de cannabis. Dans tous ces cas il nous a semblé que ces personnes avaient vécu des négligences précoces non réalisées, dans des milieux socio-économiques plutôt aisés. Nous posons l'hypothèse que des expériences précoces d'une déconnection sensorielle liée à de l'impuissance étaient chez ces patients un terrain favorable à une réaction de panique lors du bad trip et à un vécu traumatique de cette expérience.

Nous avons aussi rencontré un patient avec un trouble de DP extrêmement sévère avec idéations suicidaires extrêmement sévères aussi. Il nous a semblé que ce trouble s'était développé suite à une privation de sommeil « thérapeutique » dans le but de traiter un trouble du sommeil en lien avec un trouble anxio-dépressif. Bien que la conceptualisation de ce cas mît en avant des zones d'ombre quant à un possible traumatisme de l'enfance, le développement du trouble de DP a commencé après les privations de sommeil.

En résumé, dans notre expérience, le trouble de DP/DR rassemble des cas cliniques très différents, ce que confirme la littérature (Gysi, 2020 ; Simeon & Abugel, 2006 ; Simeon, 2009). Davantage de recherches sont nécessaires pour mieux catégoriser les différents types de trouble de DP/DR, les traitements pouvant être très différents selon la conceptualisation du cas.

2.7.3. Trouble dissociatif et confusion diagnostique avec d'autres troubles.

Il existe un débat nourri sur la difficulté à délimiter les TD d'autres troubles comme la schizophrénie, le trouble bipolaire ou le trouble de personnalité borderline (TPB). Par ailleurs comme un certain nombre de personnes avec les diagnostics les plus divers rapportent un vécu traumatique dans l'enfance, le lien entre les troubles les plus divers et la dissociation peut amener à des confusions dans la pratique clinique. En outre, dans nos activités de supervision et aussi pendant l'étude du SCID-D, nous remarquons que de nombreux collègues travaillant en psychotraumatologie ne pensent pas à poser – ou ne souhaitent pas poser – un diagnostic de trouble de la personnalité, et le cas échéant ne conçoivent pas son importance. Pourtant le traitement est différent s'il y a présence ou absence d'un trouble de personnalité, en particulier s'il est sévère.

Contrairement aux autres études similaires de validation du SCID-D ou d'un autre instrument, notre étude avait un nombre restreint de patients avec un TDI. Dans les cas de TDI, il nous semble plus aisé de poser un diagnostic, ou alors les difficultés diagnostiques peuvent être dues à des doutes de simulation, sur ce quoi nous reviendrons plus tard. Avec de nombreux participants ayant des TD de type ATDS-1 / TDI partiel, nous sommes au défi de distinguer les pathologies de ces patients d'autres pathologies non dissociatives. Par ailleurs nous avons dans notre étude des participants du groupe « trouble psychiatrique non dissociatif » qui souffraient d'un trouble de personnalité borderline (TPB) ou d'un trouble de personnalité mixte, et enfin des participants avec un diagnostic incertain que nous avons tout de même acceptés dans l'étude. Ce furent des défis notables pour notre étude. Rappelons qu'un double diagnostic est possible et autorisé.

Dans le tableau 7 ci-dessous nous présentons un résumé des cas de notre étude présentant un certain défi au niveau du diagnostic. Ces données cliniques pourraient présenter un intérêt dans le contexte d'autres recherches futures. A l'étude de ce tableau, on voit différents types de difficultés et de réponses.

Tableau 7 : Cas présentant un défi diagnostique dans l'étude de validation du SCID-D.

DISS = groupe de sujets avec un trouble dissociatif ; *PSY* = groupe de sujet présentant un trouble psychiatrique non-dissociatif ; *Autres Diagnostics* = diagnostic posé par d'autres thérapeutes ; *N/A* = non applicable

Sujet	Groupe	Diagnostic TD	Autres diagnostics posés par les thérapeutes	Remarques
4	DISS	ATDS-1 TDI partiel	Schizophrénie	Accord entre les 2 cotateurs. Le diagnostic de schizophrénie a été posé par un psychiatre traitant sur la base des hallucinations auditives. Ces hallucinations auditives sont clairement l'expression d'états de personnalité distinct en lien avec le TD. Aucune impression clinique de psychose chez cette patiente pour les 2 cotateurs.
12	DISS	ATDS-1 TDI partiel	Schizophrénie	Accord entre les 2 cotateurs sur la présence d'un TD. La 2 ^{ème} cotatrice a posé le diagnostic de TDI, ayant cru percevoir un switch pendant l'entretien, mais avec le diagnostic différentiel d'ATDS-1/ TDI partiel. Le diagnostic de schizophrénie a été posé par un psychiatre traitant sur la base des hallucinations auditives. Ces hallucinations auditives (présentes pendant la passation du SCID-D) sont clairement l'expression d'états de personnalité distinct en lien avec le TD. Aucune impression clinique de psychose chez cette patiente mais l'état de DP de la patiente pourrait donner cette impression à des collègues non formés aux TD.
9	Doute sur un TD → CONTR	N/A	Trouble bipolaire en rémission sous médication	Accord entre les 2 cotateurs. Le patient a eu quelques rares épisodes dissociatifs dans le passé dans des périodes de stress intense mais pas de critères pour un TD. Patient fortement fragilisé par un passé traumatique sévère. Dit 'se retrouver' dans le diagnostic de TSPT complexe à propos duquel il a lu des informations sur internet.
46	PSY	N/A	Trouble bipolaire en rémission sous médicament	Accord entre les 2 cotateurs. Néanmoins l'interviewer fut dans le doute à plusieurs reprises, le sujet répondant à l'affirmative par des questions sur la présence d'états de personnalité distincts, en présentant ainsi ses états d'humeur changeant.

14	DISS	TDI	Dans le passé : trouble de conversion avec crises épileptiformes	Accord entre les 2 cotateurs. C'est en explorant les crises épileptiformes que la thérapeute traitante a découvert la présence d'états de personnalité distincts prenant le contrôle exécutif dans des situations du quotidien.
15	DISS	ATDS-1 TDI partiel	Trouble de personnalité mixte	Accord entre les 2 cotateurs. Certains symptômes dissociatifs pourraient être compris comme en lien avec le trouble de personnalité. Mais les deux diagnostics font sens.
27	DISS	ATDS-1 ATDS	Trouble de personnalité mixte	Accord entre les 2 cotateurs sur le diagnostic de TD mais le 1 ^{er} cotateur ne reconnaît pas la présence d'états de personnalité distincts permettant le diagnostic de TDI partiel alors que le 2 ^{ème} cotateur pose ce diagnostic. Un thérapeute non formé au TD pourrait ne pas prendre en considération les symptômes dissociatifs ou les considérer comme appartenant au trouble de la personnalité
21	DISS	ATDS-1	Trouble de personnalité mixte	Désaccord entre les 2 cotateurs. Symptômes à la limite d'un TD. D'ailleurs la 2 ^{ème} cotatrice n'a pas retenu le TD en mentionnant la difficulté diagnostique. Il nous semble que les symptômes dissociatifs ne sont en tout cas pas en lien avec le trouble de personnalité mais s'y rajoutent.
29	PSY	N/A	Dépression récurrente Trouble de personnalité narcissique	Accord entre les 2 cotateurs. Processus diagnostic long et laborieux de par le trouble de la personnalité. État légèrement hypomane. Impression subjective que le sujet tente de se confirmer aux attentes de l'interviewer, ce qui amène à des réponses longues, positives, suivies d'exemples qui ne sont pas des symptômes dissociatifs. Impression clinique transmise au thérapeute traitant pour exploration : trouble bipolaire.
32	PSY	N/A	Trouble de personnalité mixte	Accord entre les 2 cotateurs. Sujet se présentant comme souffrant d'un trauma complexe. Néanmoins clairement pas de TD.
35	Doute sur un TD → DISS	ATDS-1 TDI partiel	Trouble de personnalité borderline	Accord entre les 2 cotateurs. Comorbidités TD et TPB. Dans l'entretien on observe les symptômes de TPB mais on peut les différencier des symptômes de TD.

45	PSY	N/A	Trouble de personnalité borderline sévère	Accord entre les 2 cotateurs. Impression clinique : TPB sévère avec parfois des symptômes post-traumatiques mais pas de symptômes de TD et pas d'intrusion d'états de personnalité distincts.
30	Doute sur un TD → CONTR	N/A	Trouble anxieux et dépressif	Accord entre les 2 cotateurs sur l'absence de TD et sur l'impression clinique générale. Sujet persuadé d'avoir un TD suite à des lectures. Pas d'états de personnalité distincts. Réponses positives à presque chaque question mais ses exemples ne correspondent pas à des symptômes dissociatifs et correspondent à des symptômes anxieux, dépressifs, une faible estime de soi et à un trouble de la personnalité.
43	PSY	N/A	Trouble de l'adaptation	Accord entre les 2 cotateurs. Impression clinique : TPB léger (accord par la suite du thérapeute traitant). Mais clairement pas de symptôme de TD.
13	DISS	ATDS-1 TDI partiel	Dépression récurrente Phobie sociale	Désaccord entre les 2 cotateurs, la 2 ^{ème} n'ayant pas retenu de TD. Diagnostic de TD à la limite pour le 1 ^{er} cotateur. Un trouble de personnalité n'est pas à exclure.
25	DISS	ATDS-1 TDI partiel	-	Accord des 2 cotateurs pour le diagnostic de TD Un diagnostic de trouble de personnalité n'est pas à exclure.
19	DISS	ATDS-1 TDI partiel	Anorexie mentale	Accord entre les 2 cotateurs. Certains symptômes dissociatifs pourraient être compris comme en lien avec le trouble de personnalité mais ne le sont pas selon notre évaluation. Mais nous n'avons pas décelé de trouble de personnalité, ni la psychothérapeute traitante.
20	PSY	N/A	TOC	Accord entre les 2 cotateurs. Certains des TOC peuvent être des intrusions d'un état de personnalité distinct (TOC egodystoniques). Mais on ne trouve pas d'autres types symptômes dissociatifs. Nous voyons ce cas comme un cas de TOC lié à des traumatismes et à une dissociation structurelle.
41	DISS → PSY	N/A	Trouble d'anxiété généralisée	Accord entre les 2 cotateurs. Pas de symptômes de TD. Le sujet rapporte des états émotionnels intenses apparaissant seulement en thérapie lors de certains exercices (travail avec l'enfant intérieur). Cela ne suffit pas à poser un diagnostic de TD.

Nous ne reviendrons pas sur les confusions diagnostiques entre TD et schizophrénie, développées plus tôt dans l'article sur les mythes du TDI. Les deux cas de ce tableau illustrent bien notre propos précédent et montrent le besoin de formation des professionnels afin de les sensibiliser au TD, à leurs présentations cliniques et à leur diagnostic. Plus loin dans ce chapitre nous présenterons un article sur des présentations cliniques à l'intersection des TD et des troubles psychotiques, sous le nom de psychose hystérique ou psychose dissociative.

Les confusions et la discrimination entre TD et TPB sont une thématique sensible et importante. Notre étude n'avait pas pour objectif de différencier TD et TPB, d'ailleurs on peut avoir les deux troubles en comorbidité. Nous n'avons pas non plus intégré un processus diagnostique structuré d'autres troubles à part les TD. Pour les diagnostics autres que les TD, nous nous sommes basé sur le diagnostic posé par les thérapeutes traitants. Dans notre étude, le SCID-D a pu différencier de manière sensible ces deux troubles qui peuvent par ailleurs être comorbides. Certains patients avec un TPB ou un trouble de personnalité mixte avec des traits borderline n'ont pas reçu de diagnostic de TD. Certains patients ont reçu les deux diagnostics, avec certains symptômes typiques d'un TD et d'autres symptômes élaborés par les participants pendant l'entretien, qui étaient typiques d'un TPB ou d'un trouble de personnalité mixte. Cela démontre que les choses sont complexes mais qu'il est possible de distinguer TD et TPB. Il s'agit clairement d'un défi pour les cliniciens, y compris pour les cliniciens expérimentés.

La question de la différenciation entre TPB et TD est une question qui nous semble essentielle. Dans leur ouvrage de référence, Van der Hart et al. (2010) mentionnent le *TPB d'origine traumatique* (avec une dissociation structurelle secondaire) mais ils ne précisent pas comment le différencier du TPB qui ne serait pas d'origine traumatique. Il est possible qu'il existe deux ou plusieurs sous-types de TPB, selon qu'il y ait une dissociation structurelle ou qu'il n'y en ait pas. A ce propos, dans un article où ils étudient les liens entre TPB, trauma de l'enfance et dissociation structurelle, Mosquera, Gonzales et Van der Hart (2011) rappellent le pourcentage élevé d'abus infantiles chez les patients TPB. Ils font un lien entre trauma et dissociation structurelle chez les TDPB, d'une manière qui nous semble toutefois trop automatique : tous les événements potentiellement traumatisants ne mènent pas à une dissociation structurelle. Dans certains cas une intégration a lieu malgré tout, ou en tout cas une intégration suffisante permettant de ne pas développer de trouble psychique à l'âge adulte, ou seulement des difficultés légères. Mosquera et al. (2011) sont d'avis que les patients TPB forment un groupe

hétérogène et propose de les catégoriser en trois groupes selon le facteur étiologique prédominant du TPB :

1. Facteur dominant : traumatismes impliquant une dissociation structurelle → TPB dissociatif.
2. Facteur dominant : trouble de l'attachement → TPB lié à l'attachement.
3. Facteur dominant : facteur biologique → TPB lié à la biologie.

Mosquera et al. (2011) reconnaissent que certains symptômes, comme p. ex. l'impulsivité, peuvent être des symptômes d'un TD ou des symptômes de TPB, avec des risques de diagnostic erroné de TPB pour des personnes qui ont en fait un TD, et aussi la possibilité d'une comorbidité des deux diagnostics. Les auteurs précisent (p. 54) que « cette différenciation est loin d'être claire, et en effet, lorsque nous travaillons avec la perspective de la dissociation structurelle qui sous-tend les deux phénomènes, ce diagnostic différentiel peut ne pas être crucial pour la stratégie de traitement. » Nous avons le plus grand respect pour l'expérience de ces auteurs. Néanmoins nous sommes d'un avis différent sur ce sujet, ou bien il se peut que nous ayons été confronté à d'autres types de TPB, vu la grande hétérogénéité de ce trouble. Nous pensons au contraire que la présence ou l'absence d'un TPB chez une personne ayant un TD fait la différence, avec de plus grandes difficultés lorsqu'un TD a une comorbidité de TPB ou trouble de personnalité mixte avec traits borderline (et d'autres traits aussi). Nous avons observé que la stabilité de la relation thérapeutique prend plus de temps en cas de traits borderline ou de TPB. Les aspects transférentiels et contre-transférentiels sont plus difficiles à gérer et requiert une attention particulièrement soutenue de la part du thérapeute.

Dans nos discussions et échanges de pratique clinique avec des collègues, il nous a semblé utile de considérer le TPB comme reposant sur deux symptômes centraux :

1. La vision de soi, des autres et du monde en noir ou blanc, et
2. L'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation de l'autre, sans que ce soit dû à une dissociation structurelle.

La présence de ce dernier symptôme peut rendre l'établissement d'une relation thérapeutique difficile – à la fois pour le patient et pour le thérapeute. Nous avons conscience qu'il ne s'agit que de réflexions cliniques isolées n'ayant pas de valeur scientifique. Mais les mentionner pourrait aider d'autres collègues.

Dans ce débat nous aimerions reproduire ici un extrait de notre article présenté dans la 1^{ère} partie de cette thèse (Piedfort-Marin, en soumission : La Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité : une Théorie pour Conceptualiser les Troubles d'Origine Traumatique) :

« Young, Klosko et Weishaar (2005, p. 74) proposent que les troubles de personnalité soient expliqués par le concept de schémas et de modes. Ils considèrent que les différentes parties des TDI « sont des formes extrêmes de modes dysfonctionnels » et que le « clivage n'est pas allé aussi loin » chez les borderlines en comparaison des TDI. Le « spectre de la dissociation » auquel Young et al. font référence n'est pas sans rappeler le continuum de la dissociation dans la thérapie des états du moi (Watkins & Watkins, 1997), continuum qui n'est pas sans problème conceptuel (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse)

Avec Nijenhuis (2015b, 2017a) il nous semble que le concept de dissociation devrait être défini de manière suffisamment spécifique et sensible pour différencier des phénomènes peut-être proches mais distincts. Il propose de différencier dissociation structurale de la personnalité et *modes de volonté et d'effort* (« modes of longing and striving », Nijenhuis, 2017a, p. 87). La dissociation structurale de la personnalité impliquerait une division d'origine traumatique de la personnalité pré-morbide en plusieurs sous-systèmes ayant chacun un sens de soi – même rudimentaire – alors que les modes de volonté et d'effort représentent les volontés ou besoins de l'individu et les actions qu'il met en œuvre pour les réaliser. Un individu peut être mu par des volontés différentes – voir opposées – alors que dans le cas d'une structure dissociative les différentes PAN et PE sont muées chacune par un ou plusieurs modes de volonté et d'effort spécifiques et, p. ex., le mode de volonté de la PAN va s'opposer à celui de la PE. Par ailleurs une partie dissociative (la PAN p. ex.) peut avoir plusieurs modes de volonté et d'effort différents voir opposés, comme dans le cas d'un attachement désorganisé. Ces considérations sont importantes pour le traitement, par exemple du TPB. Van der Hart et al. (2010) incluent le TPB *d'origine traumatique* dans la dissociation structurale secondaire, avec la présence d'une PAN et de plusieurs PE expliquant des variations des affects, des sensations, des cognitions et des comportements. Néanmoins les observations cliniques nous incitent à considérer qu'il existerait aussi des TPB pour lesquels les

variations affectives et cognitives nous semblent plutôt des modes de volonté et d'effort différents mais réalisés par la même partie de la personnalité (la PAN). La différenciation des TPB (ou d'autres troubles) selon la présence ou non d'une dissociation structurelle présente selon nous un intérêt non négligeable au niveau conceptuel et au niveau thérapeutique. Des recherches empiriques poussées sont nécessaires pour considérer s'il existe effectivement des sous-types dissociatifs pour certains troubles, comme par exemple pour le TPB. »

L'important pour un diagnostic différentiel est de discriminer si l'origine du symptôme est un état de personnalité distinct ou un mode de volonté et d'effort. En d'autres termes, est-ce l'individu (ou la PAN) qui veut faire et réalise une action néfaste pour lui ? Ou est-ce plutôt une PE qui a une volonté différente de la PAN ? La notion propre au TDI dans le DSM-5 (APA, 2015, p. 346) nous guide ici : « discontinuité marquée du sens de soi et de *l'agentivité* » (souligné par nous). Il nous semble que l'apport conceptuel de Nijenhuis (2015a, 2017a, 2019) – dans sa définition stricte d'une PE en opposition aux modes de volonté et d'effort – est d'un intérêt indéniable dans la mesure où cela permet de mieux différencier des symptômes proches, voire similaires en apparence, mais différents dans le vécu subjectif du patient, et différents en termes de présence/absence de dissociation structurelle.

Dans tous les cas le SCID-D a permis d'exclure un TD chez certains patients avec un TPB ou un autre trouble de personnalité (TP mixte ; TP mixte avec prédominance de traits borderline ; TP narcissique ; TP mixte avec prédominance de traits schizotypique). Et le SCID-D a permis de diagnostiquer un TD chez des patients connus pour un TPB ou un autre trouble de la personnalité. Voici quelques exemples de questions à poser pour tenter de détecter s'il y a état de personnalité distinct (c'est-à-dire une PE ou une autre PAN) ou un mode de volonté et d'effort, suivi de plusieurs types de réponses possibles correspondant aux tendances principales. Nous avons donné des exemples opposés, ce qui n'exclut pas bien sûr des réponses plus complexes dans la pratique clinique.

Questions pour déceler un possible état de personnalité distinct / une dissociation structurelle

Ces envies d'en finir avec la vie, c'est vous qui souhaitez cela, ou bien c'est comme quelque chose qui émerge en vous et qui s'impose à vous ?

1. *C'est moi, je n'en peux plus de cette vie, de mes symptômes, je ne peux plus travailler ni voir ma famille. Ce n'est plus une vie. → Egosyntonique – Mode de volonté et d'effort*
2. *Moi j'aime la vie, même si c'est dur parfois, mais c'est comme si tout d'un coup l'envie de mourir monte en moi et je ne la contrôle pas et je me sens bizarre. Et je fais des efforts pour ne pas le faire. → Egodystonique – Signe de la présence d'un état de personnalité distinct.*

Quand vous évoquez un côté enfant en vous, comment cela se passe-t-il ? Est-ce que vous trouvez que votre personnalité est un peu une personnalité 'enfant', ou bien est-ce que parfois dans votre comportement d'adulte, vous vous comportez ou vous parlez soudainement comme une enfant, mais vous ne le voulez pas ?

1. *On m'a toujours décrite comme une femme-enfant et c'est vrai. C'est comme si je n'avais pas vraiment grandi. Je suis un peu naïve mais mes amis aiment ce côté-là en moi. Et, vous savez, je n'ai jamais voulu grandir, cela me fait peur. → Egosyntonique – Mode de volonté et d'effort – Plutôt en lien avec un trouble de personnalité.*
2. *Et bien mon mari me dit que parfois ma voix change et je parle un peu comme une enfant, mais je ne remarque rien en fait. Et puis parfois, je me rends compte que je suce mon pouce. J'ai honte et j'arrête. → Egodystonique – Signe de la présence d'un état de personnalité distinct.*

Ces critiques intérieurs dont vous parliez plus tôt, est-ce que c'est vous qui vous critiquez, ou bien est-ce que c'est comme quelque chose ou une force qui émerge soudain et qui vous « dit » ces critiques ?

1. *Je suis toujours très critique avec moi-même. Mes parents m'ont toujours critiqué lorsque j'étais enfant. Et maintenant je n'arrête pas de me dire tout ce qui ne va pas. Ça pourrait me rendre meilleur, mais en fait, à force de penser à tout ce qui ne va pas, je n'avance pas sur mes projets professionnels. → Egosyntonique – Mode de volonté et d'effort.*
2. *Et bien je me critique souvent parce que je manque de confiance en moi, mais ça va, je gère. Par contre parfois j'ai comme une sorte de voix en moi qui me*

lance des insultes terribles. Il m'est arrivé de lui répondre à haute voix dans la rue et j'avais honte après cela, on a dû penser que j'étais fou. → Egodystonique – Signe de la présence d'un état de personnalité distinct.

Ces scarifications que vous avez faites la semaine dernière, comment cela s'est-il passé ?

- 1. C'est quelque chose que je fais quand je n'en peux plus, Je sais que je ne devrais pas mais sur le moment ça me calme presque, et en même temps je me demandais ce que j'allais bien pouvoir dire au médecin des urgences. → Egosyntonique – Signes de la présence d'un mode de volonté et d'effort.*
- 2. Je ne sais pas. Tout d'un coup je me suis rendu compte que je tenais un couteau de cuisine contre ma cuisse et je ne pouvais pas arrêter. C'était horrible ! → Egodystonique – Signe de la présence d'un état de personnalité distinct.*

Dans une situation moins d'évaluation diagnostique et plus clinique, la question pourrait s'intéresser à d'autres phénomènes, comme dans l'exemple qui suit.

Lors de la dernière séance, vous étiez très en colère contre moi et vous avez crié très fort, avez-vous le sentiment que c'est vous l'adulte qui étiez en colère contre moi ou est-ce que cette colère vous a submergé en venant de nulle part ?

- 1. C'est bien moi qui étais en colère contre vous et je le suis toujours. Je trouve scandaleux comme vous avez insinué que je ne fais pas assez les exercices que vous m'avez dit de faire à la maison. Vos exercices ne marchent pas et puis voilà ! → Egosyntonique – Mode de volonté et d'effort.*
- 2. Je ne me souviens qu'à moitié de ce que j'ai dit. En rentrant chez moi j'avais honte. Je vois bien que vous faites ce que vous pouvez pour m'aider mais cela ne marche pas ces exercices. Je me suis entendu crier, j'essayais mais je n'arrivais pas à arrêter cela. → Egodystonique – Signe de la présence d'un état de personnalité distinct avec amnésie partielle.*

Certains patients de l'étude avaient une présentation clinique aux limites du TD, d'un trouble de la personnalité et du TSPT complexe. Cela a amené à des doutes chez les cotuteurs et à quelques désaccords entre eux. Il serait illusoire de penser que les classifications nosographiques DSM et CIM permettent de classer tous les patients de manière assurée. Ces cas limites nous questionnent certes, mais ils

nous obligent à accepter l'imperfection de nos systèmes de classification et l'imperfection de nos théories psychologiques explicatives des troubles mentaux. Ni le doute du chercheur ni le doute du clinicien ne devraient être considérés comme problématiques, bien au contraire.

Dans cette étude ainsi que dans notre activité de supervision et d'enseignant, nous avons remarqué que *certain*s collègues formés aux TD peuvent sur-évaluer les symptômes de TD chez leurs patients alors que d'autre gardent une certaine crainte à l'égard des symptômes dissociatifs. A l'inverse les collègues non formés au TD ont la tendance à sous-évaluer et sous-diagnostiquer les patients avec un TD. Nous y voyons là le fait qu'une investigation diagnostique est subjective, malgré le développement d'instruments diagnostiques élaborés comme le SCID-D. Il ne faut pas rejeter les aspects subjectifs d'un processus diagnostique car ils en font partie. Dans notre étude, les six cotuteurs avaient un socle commun à travers un enseignement et une pratique clinique des TD. Ils ont aussi suivi une formation sur l'utilisation du SCID-D. Mais ce n'est pas le cas de tous les cliniciens, même parmi ceux formés aux TD. Il faut tenir compte des réactions contre-transférentielles dans ces cas complexes – fascination *versus* déni – les deux tendances étant différemment néfastes mais toutes deux néfastes pour le patient.

2.7.4. Différencier le TDI partiel et le TSPT complexe

Avec l'introduction du diagnostic de TSPT complexe dans la CIM-11, se pose la question du diagnostic différentiel entre TSPD complexe et TDI partiel. Jusqu'à présent on pouvait déplorer l'absence d'un diagnostic qui prennent en compte les séquelles souvent diverses de personnes traumatisées ne présentant cependant pas de TD en tant que tel. Bientôt il va falloir pouvoir correctement différencier ces deux entités nosographiques. L'International Trauma Questionnaire (ITQ : Cloitre et al., 2018) développé pour le diagnostic du TSPT et du TSPT complexe nous semble trop succinct pour assurer un processus diagnostique correct du TSPT complexe et il peut être davantage considéré comme un outil de détection ou de recherche rapide.

Nous observons un manque de clarté dans la littérature et chez de nombreux cliniciens sur la différenciation des concepts suivants : état du moi, PE, modes selon Young et al. (2017). Par ailleurs pendant la thérapie, on peut faire appel chez de très nombreux patient à *l'enfant intérieur blessé* et cela s'avère être une

technique thérapeutique efficace. Néanmoins le plus souvent, il s'agit d'une métaphore permettant d'accéder à un souvenir (traumatique) de l'enfance. Dans certains cas il peut aussi s'agir d'une PE chez une personne qui ne présente pas un TD en tant que tel. Et enfin il peut s'agir aussi d'une PE chez un patient TD. Une personne peut avoir une dissociation structurelle mais pas de TD selon le DSM-5 ou la CIM-11.

La différenciation diagnostique entre TSPT complexe et TDI partiel doit être traitée avec attention et nécessite sans doute des recherches ciblées.

2.7.5. Trouble dissociatif, faux positif, imitation.

Nous ne pouvons aborder le diagnostic de TD sans aborder le problème des faux positifs et des simulateurs, quoiqu'avec Draijer et Boon (1999), le terme d'imitation nous semble plus approprié. Nous avons écrit dans l'article sur les mythes concernant les TDI (cf. 1^{ère} partie de la thèse, Piedfort-Marin, Rignol & Tarquinio, sous presse) que la simulation ou l'imitation du TDI existe. Nous avons aussi admis que certains thérapeutes, sur la base de confusions conceptuelles, peuvent considérer des symptômes comme dissociatifs alors que ce n'en est pas. Nous aimerions relater ici trois cas de figures que nous avons rencontrés :

- Des patients imitant un TDI,
- Des patients traumatisés répondant par de faux positifs au SCID-D,
- Des patients pensant par erreur avoir un TD mais sans imitation.

2.7.5.1. Les patients imitant un TDI

Nous avons rencontré deux patientes imitant un TDI. En tout cas telle a été notre conclusion car il s'agit là d'une démarche difficile pour laquelle la responsabilité de l'évaluateur est grande. Nous allons décrire les deux cas.

Vignette clinique : Cas n° 1 d'imitation de TDI

Madame X se présente à notre consultation dans un contexte de conflit avec son thérapeute qui est par ailleurs en arrêt maladie de longue durée. Elle se présente au premier rendez-vous tenant d'une main une béquille et de l'autre un livre sur les TD. Elle se retrouve sans thérapeute dans une période instable et demande

une prise en charge transitoire de quelques mois jusqu'à ce que son thérapeute puisse à nouveau la suivre. Le diagnostic de TDI a été posé, non pas par son thérapeute formé à la TDSP et au traitement des TD mais par d'autres thérapeutes précédents, de notre connaissance, qui sont des thérapeutes respectés mais non formés aux TD. D'emblée je remarque des comportements du registre histrionique qui provoquent chez moi tantôt de l'agacement, tantôt une envie de rire tellement c'est grossier – envie que je réfrène bien sûr. Je propose à la patiente d'utiliser ce temps pour faire un diagnostic en bonne et due forme de son TDI pour en connaître l'ampleur, ce qu'elle accepte. La passation du SCID-D s'avèrera difficile et intéressante à la fois. La patiente étant logorrhéique, la passation a eu lieu sur cinq séances d'une heure. La passation s'avère difficile parce que dès la première séance je me rends compte que je suis régulièrement en transe, au point d'oublier la question que je viens de poser. Lors de la seconde séance je décide d'observer les raisons de mon état de transe. Je remarque que, pour quasiment chaque question, la patiente répond par la positive mais de manière particulière : « oh ! je ne peux pas dire que je n'ai pas ce symptôme ! », ou bien « Oh, sûrement ! Laissez-moi réfléchir. » Ces doubles négations et ces réponses positives avant réflexion peuvent mettre l'interlocuteur dans le doute et peuvent faire croire qu'il s'agit d'une réponse positive. Invitée à donner des exemples, la patiente parle longtemps sans que nous ne puissions comprendre le lien avec la question. Qui plus est, elle ne donne au final aucun exemple de symptôme dissociatif. Et c'est à ce moment-là que nous remarquons être en transe. Les réponses floues de la patiente, par des doubles négations qui n'apportent pas de réponse, ou par des réponses faussement positives (« Oh ! sûrement ! ») suivie par un long discours ne présentant aucun exemple, amène de la confusion mentale chez l'interlocuteur. Ce phénomène se répétera à quasiment chaque question. Une exception à cela fut une question sur certains symptômes de DP : la patiente pu alors donner un exemple où elle décrit un état de dépersonnalisation péri-traumatique lors d'une agression sexuelle à l'âge adulte. Cette description résonnait « juste » à l'interlocuteur. A certains moments la patiente semblait switcher à un autre état de personnalité mais notre impression était qu'elle mimait un switch mais que cela n'était pas authentique. C'est une situation difficile pour un évaluateur : sur quelle base décider s'il s'agit d'un symptôme authentique ou imité ? Au cours de notre expérience clinique, et en particulier par notre étude de validation du SCID-D, nous nous sommes rendu compte que le TDI peut prendre les formes les plus diverses. Chaque TDI est la tentative créative d'un être humain de faire face à l'indicible. Qui suis-je pour

penser que tel symptôme est une forme créative individuelle de faire face à l'horreur, ou au contraire que c'est une imitation ? Suis-je le détenteur de la vérité absolue objective ? Certainement pas.

Lorsqu'elle parlait des traumatismes de son enfance, là encore le dialogue était flou. Par exemple : « Les choses que ma mère m'a faites. » Si je demandais des précisions, je n'avais pas de réponses. Bien sûr une grande partie des personnes gravement traumatisées dans l'enfance évitent de décrire leurs traumatismes : la honte, la peur de réactiver les souvenirs sont autant de bonnes raisons de ne pas vouloir en parler. Mais avec Madame X., notre ressenti était différent. Avec ses traits histrioniques, elle parlait volontiers d'elle-même « des choses » que lui avait faites sa mère, sans que je l'y invite, mais une question pour avoir un peu plus de précisions la faisait passer à tout autre chose, ou alors elle disait avoir un switch (« la petite est en train de venir. Elle est là. ») ou, ce que je ressentais plutôt comme un switch imité par une mauvaise actrice.

Par ailleurs pendant la passation du SCID-D, passant d'une incertitude à une autre, à certains moments mes pensées étaient du type « elle me raconte des histoires, elle n'a pas de TDI. » Et dans la seconde suivante la patiente pouvait dire « peut-être je me fais des histoires, peut-être je n'ai pas de TDI » ou une autre phrase au contenu similaire. Un sentiment étrange nous accaparait alors : se pourrait-il que la patiente le ressente quand nous pensons qu'elle n'a pas de TDI ? Et si oui, veut-elle satisfaire aux attentes du thérapeute ? Ou bien profite-t-elle d'une ouverture pour une sortie honorable d'une situation sans issue pour elle ? Autant de questions difficiles sans réponses entièrement certaines.

Au final, la patiente ne put donner qu'un ou deux exemples de symptômes dissociatifs. Nous pouvions alors remarquer un certain soulagement chez elle. Ces symptômes permettaient de confirmer qu'elle avait vécu une expérience de dépersonnalisation péri-traumatique lors d'une agression sexuelle quelques années auparavant, à l'âge adulte. Mais aucun autre élément ne permettait de conclure à la présence d'autres symptômes dissociatifs.

Autre élément à prendre en considération : elle était amie avec une patiente TDI que je connaissais pour l'avoir suivie pendant les vacances de son thérapeute qui me l'avait alors adressée. Elles s'étaient rencontrées dans un groupe de victimes et il semble que Madame X. ait eu une augmentation drastique ou une apparition de ses « symptômes » à partir de ce moment.

Après une supervision avec Ellert Nijenhuis qui confirma mes doutes, nous avons communiqué à la patiente qu'elle n'avait pas de TDI. Sa première réaction fut : « mais alors, qu'est-ce que j'ai ?! » Comme un appel à l'aide. Une question difficile. Il nous a semblé qu'elle avait une construction de son identité si fragile qu'elle avait besoin de remplir un vide intérieur en s'identifiant à un trouble. Les traits histrioniques aidant, la rencontre avec une amie TDI faisait le reste. Le TDI répondait sans doute à ce besoin d'attirer l'attention et de mettre un nom sur des souffrances. Car la patiente a certainement vécu des souffrances pour développer de telles difficultés. Mais les traumatismes de l'enfance n'amènent pas tous à un TDI, ni même à un TD.

Comme le retour vers son thérapeute traitant s'avérait impossible, et la poursuite de la thérapie auprès de nous s'avérant impossible pour des questions financières, nous l'avons adressé à une collègue qui travaille avec Madame X. depuis maintenant plusieurs années. L'absence de TDI s'est confirmée. La patiente a montré des switchs imités de manière occasionnelle dans des situations de stress relationnel avec sa thérapeute pendant un certain temps, mais pas depuis plus d'un an. De manière générale Madame X a fait des progrès remarquables en thérapie, pouvant s'engager dans une relation sentimentale, montrant une bonne réduction des traits histrioniques, et pouvant maintenant exprimer des émotions authentiques.

Vignette clinique : Cas n° 2 d'imitation de TDI

Madame Y. se présenta à notre consultation pour traiter un TSPT en précisant qu'elle a « sans doute eu un TDI dans le passé » mais qu'elle l'aurait guéri toute seule. Nous sommes quelque peu intrigué par ce préambule. On observe d'emblée une personnalité histrionique. La patiente peine à décrire des symptômes post-traumatiques. Nous proposons une passation du SCID-D ce que la patiente accepte avec intérêt et curiosité.

De manière intéressante, nous observons les mêmes types de réponses que dans le cas précédent. Des réponses du type « oh ! je ne peux pas dire que je n'ai pas ce symptôme ! », ou bien « Oh, je pense que oui ! Laissez-moi réfléchir », de manière identique à Madame X. Ou encore : « Oh, je crois bien que j'avais ça avant mais je ne m'en souviens plus trop. » On observe également des logorrhées sans que l'on puisse en tirer un exemple clair de symptômes dissociatifs. Lorsque

nous posons la question d'un possible symptôme de déconnection de soi (DP), la patiente répond d'un fort « Oui ! » A-t-elle un exemple ? « Oui, quand je me suis retrouvée nez-à-nez avec un clan (sic) de requins au Brésil. » Étonné que cette patiente aux revenus très modestes ait pu se payer des vacances au Brésil, nous investiguons tout de même cette situation. « Je nageais en pleine mer au Brésil quand je me suis retrouvée face à un clan de requins. » A-t-elle eu peur ? Comment s'en est-elle sortie ? « Non, je n'ai pas eu peur, je leur ai donné des coups de point sur le museau (sic). » Et la patiente de mimer ces gestes avec fierté : « Paf... paf ... paf ! Et ils sont partis ! »

A ce moment, il ne fait aucun doute que cette « expérience » est une invention. Par ailleurs elle ne peut pas donner d'exemples de symptômes dissociatifs ni dans le présent, ni dans le passé. La patiente est également incapable de donner des exemples de symptômes de TSPT. J'apprends finalement que son thérapeute est peu disponible des derniers mois. Informée des résultats de mon évaluation (en l'état, pas de diagnostic de TD ni de TSPT), elle me dit avoir « une attestation que j'ai un trouble autistique ». Sans être un spécialiste de l'autisme, je ne pense pas qu'elle soit autiste, mais cette personne a des difficultés psychiques majeures. Nous avons suivi Madame Y. pendant moins de 10 séances. J'en ai conclu là encore que la construction de la personnalité était si fragile qu'il en découle un besoin de mettre un nom sur les souffrances et un besoin de s'identifier à un trouble pour éviter le vide intérieur. Par ailleurs le trouble de personnalité histrionique ne faisait aucun doute.

2.7.4.2. Les patients traumatisés répondant par de faux positifs au SCID-D.

Notre pratique clinique nous a amené à rencontrer deux patientes rapportant un vécu de traumatisation complexe et pour lesquelles nous avons pensé utile d'évaluer les symptômes dissociatifs avec le SCID-D. Néanmoins, pour ne pas perturber les patientes, nous n'avons pas annoncé qu'il s'agissait d'une évaluation de symptômes dissociatifs, mais qu'il s'agissait d'une évaluation de symptômes post-traumatiques, ce qui n'est pas faux. Nous avons été surpris de voir ces deux patientes répondre aux questions sur le même mode que les imitatrices de TDI. A savoir des réponses en double négation du type « Je ne peux pas dire que je n'ai pas ce symptôme », ou bien des réponses pseudo-positives « Sûrement ! Laissez-moi réfléchir », ou encore « Cela me dit quelque chose ... sans doute, oui. » De la même manière que pour les imitatrices de TDI nous nous sommes

senti en transe et il a fallu de grands efforts pour rester concentré et mener à bien l'évaluation. Au final, ces patientes avaient quelques symptômes dissociatifs qui semblaient authentiques, mais cela ne répondait tout de même pas à un TD.

Dans ces deux cas, les traits de personnalité histrionique nous ont semblé pouvoir expliquer ce type de réponse au SCID-D. Dans un de ces deux cas, la patiente avait un trouble de la personnalité histrionique caractérisé et la suite de la thérapie a clarifié que cette patiente avait menti sur des symptômes anxieux qu'elle disait avoir. Dans notre compréhension de la situation, lorsqu'elle s'est rendu compte que le thérapeute était en train de réaliser qu'elle mentait, elle l'attaqua verbalement immédiatement, lui reprochant de ne l'avoir jamais comprise et de ne jamais avoir été là pour elle, ce qui était un reproche particulièrement injustifié et injuste. Par ailleurs, c'est le seul cas de notre carrière où il nous a semblé assez clair que cette patiente avait un intérêt financier à rester en arrêt maladie prolongé.

2.7.4.3. Les patients pensant par erreur avoir un trouble dissociatif sans imitation.

Nous avons rencontré deux patients qui pensaient avoir un TD mais pour lesquels l'évaluation avec le SCID-D n'a pas pu soutenir cette hypothèse. Dans ces deux cas, les sujets pensaient avoir un ATDS-1 / TDI partiel, mais pas de TDI.

Un de ces patients a été vu dans le cadre de notre étude de validité du SCID-D. Sa thérapeute était intéressée à un processus diagnostique externe pour clarifier le diagnostic de TD. Avant de commencer sa thérapie le patient avait lu de la documentation sur les TD et pensait avoir un TD (mais pas un TDI). Il trouvait que le TD correspondait bien à ce dont il souffrait.

Un autre patient a été vu dans le cadre d'une demande de prise en charge thérapeutique. Le diagnostic de TD (pas de TDI) lui aurait été notifié par sa thérapeute précédente. Je lui ai proposé une passation du SCID-D avant de commencer la prise en charge en tant que telle.

Dans les deux cas les patients ont répondu par la positive à la majeure partie des questions du SCID-D (de manière moins fréquente pour l'altération de l'identité)

et donnèrent des exemples pour chaque question. Néanmoins les exemples qu'ils donnèrent ne sont pas des symptômes de TD.

Pour le premier cas, le sujet considérait que chaque émotion ou pensée est un état de personnalité distinct. S'il hésitait dans une décision à prendre dans sa vie sociale ou professionnelle, alors il considérait qu'il y avait en lui deux parties dissociatives qui exprimaient des souhaits différents. Dans chaque exemple qu'il donnait nous n'avons cependant pas pu déceler d'états de personnalité distincts. Cela correspondait selon nous à des *modes de volonté et d'effort* (Nijenhuis, 2015a 2017a) différents et dans certains cas à une ambivalence assez compréhensible. Comme le dit Nijenhuis (2015b, p.3), « la dissociation est un manque d'intégration, mais tout manque d'intégration n'est pas un cas de dissociation. » Pour un symptôme dissociatif, le patient a donné un exemple qui nous a semblé être le fait d'un état de personnalité distinct. Lorsque nous avons cherché confirmation par une question du type « Est-ce qu'on peut dire que c'est comme une partie de vous qui souhaite cela mais vous, l'adulte, vous ne le souhaitez, pas ? », nous fûmes surpris qu'il nous réponde assez sèchement par la négative : « Non, c'est moi, ce n'est pas une partie. »

Pour le deuxième cas, le patient considère aussi que chaque émotion et pensée changeantes est une « dissociation ». Il nous a semblé qu'il était « collé » au mot dissociation sans que l'on puisse se représenter quelle est l'expérience subjective vécue. En lui demandant de décrire simplement son expérience en utilisant d'autres mots que « dissociation », nous avons pu nous rendre à l'évidence qu'il n'y avait rien de dissociatif au sens d'une division pathologique de la personnalité. Ses ambivalences, ses changements d'humeur et de pensées, le patient semblait les avoir mis sur le compte de la « dissociation ». Certes il y avait des moments de légère déconnexion émotionnelle mais à mettre sur le compte de symptômes anxieux sévères, et dans le cadre d'un trouble de personnalité mixte sévère. Le patient évoqua des « traumatismes terribles » de l'enfance. En investiguant, le patient a pu rapporter des traumatismes relationnels (la mère travaillant à plein temps, il était gardé la semaine par sa grand-mère) et des relations familiales dysfonctionnelles.

Dans ces deux cas, il nous a semblé que ces deux patients avaient une personnalité fragile, comme éclatée, au point où la rencontre fortuite avec le concept de TD leur a parlé. Mais nous pensons que dans ces deux cas ce n'est pas un bon service à rendre au patient que d'entrer dans son quasi-délire. Par

ailleurs nous sommes d'avis que c'est une thérapie générale ciblant le trouble de personnalité, les dysfonctionnements familiaux passés et actuels, les problèmes comportementaux actuels (difficulté dans la prise de décision, symptômes anxieux pour nommer les principaux) qui devrait être privilégiée. Un patient n'a – semble-t-il – pas apprécié ni accepté nos conclusions de l'absence d'un TD. L'autre patient l'a accepté et hésitait entre inquiétude et soulagement.

2.7.4.4. Conclusions sur les faux positifs au SCID-D.

Dans l'article de Draijer et Boon (1999) nous avons trouvé de nombreuses similitudes avec nos observations. Leur étude comparant des TDI authentiques et des sujets imitant le TDI est une étude de référence, d'autant plus qu'elles ont utilisé le SCID-D. Leur proposition de parler d'imitation plutôt que de simulation est justifiée dans la mesure où dans les cas qu'elles décrivent et dans ceux que nous décrivons, nous ne sommes pas dans un contexte légal comme c'est souvent le cas pour les auteurs américains (p.ex. : Loewenstein, 2020).

Draijer et Boon (1999, p.426) résument parfaitement nos observations :

« Ces patients sont réellement confus sur qui ils sont. Ils s'accrochent au modèle du TDI parce que cela structure leur monde intérieur. » A propos de possibles bénéfices secondaires, Draijer et Boon mettent en avant surtout les gains psychologiques, par exemple : « la 'compréhension' de la dispersion subjective de l'identité en termes de fragmentation de l'identité ; donner des noms et des étiquettes à certains sentiments ou à des états émotionnels ; créer du sens là où le patient souffre en fait d'un grand vide. [...] Leur identité peut fluctuer selon les personnes avec qui ils sont. Ainsi ils adoptent le modèle TDI comme une narration d'eux-mêmes parce qu'ils ressentent que cela décrit le mieux leur monde intérieur. »

A cela nous rajoutons : parce qu'ils ne peuvent pas raconter leur monde intérieur.

Draijer et Boon (1999, p.445) décrivent les spécificités du profil au SCID-D des personnes imitant le TDI : DP, DR et confusion d'identité peuvent être sévères, l'altération de l'identité est absente à modérée, l'amnésie peut être non-évaluable à sévère mais lorsqu'elle est sévère, ce n'est que concernant les comportements négatifs. De plus l'expression des parties dissociatives lors de switches peut être

naïve et exagérée, et les patients disent avoir une bonne relation avec leurs parties dissociatives, ce qui n'est pas le cas d'authentiques TDI.

Il nous semble que ces considérations sont importantes mais pas suffisantes. Les cliniciens devraient porter leur attention au langage utilisé par les patients pour s'exprimer. Les réponses en double négation, les réponses creuses, les réponses faussement positives : autant d'indices de tentatives de satisfaire à la passation du SCID-D sans y arriver. De longs monologues sans arriver à donner d'exemples concrets, le sentiment du clinicien d'être perdu dans le processus d'évaluation, autant de signes à prendre en considération. Draijer et Boon remarquent une tendance chez les patients imitant un TDI à prendre le contrôle dans la relation avec le clinicien. Dans nos quatre cas, c'est probablement cela qui a entraîné la mise en transe du clinicien. A noter que nous n'avons pas ressenti de transe dans les deux cas de personnes pensant avoir un TD sans pour autant chercher à imiter un TD, et les deux n'ayant pas de traits histrioniques.

Nos observations sont en accord avec celles de Draijer et Boon sur le type de trouble de personnalité que l'on rencontre chez les personnes imitant un TDI ou un TD : principalement le groupe B (borderline et/ou histrionique). Avec Draijer et Boon, nous voyons aussi chez ces personnes des problèmes de « faux self ». On devrait néanmoins prendre aussi en considération le groupe A des troubles de la personnalité. Enfin, Draijer et Boon (p. 437) résume bien notre analyse que le DSM (ou la CIM) « ne permet pas au clinicien de diagnostiquer correctement les problèmes de personnalité de ces patients. » On peut par contre les concevoir comme des personnalités fragiles « mal construites », souffrant d'un vide intérieur angoissant, peinant à s'approprier leur propres sentiments et émotions, cherchant à se définir par quelque chose d'externe et de grandiose afin d'obtenir l'attention dont elles ont manqué dans l'enfance.

Il faut par ailleurs être attentif aux aspects contre-transférentiels. Nous avons observé tout comme Draijer et Boon des réactions opposées, tout aussi problématique l'une que l'autre : irritation, agacement, voire sadisme, ou à l'opposé, compassion et besoin excessif de soigner ou rassurer le patient.

Avec Draijer et Boon, ainsi que Chu (1991), nous mettons en garde contre une satisfaction narcissique mutuelle chez le patient et le thérapeute, chacun se sentant « spécial ». La fascination pour les TD – et pas seulement pour le TDI – peut être un piège pour de nombreux cliniciens et par ricochet pour les patients.

En résumé de ces données cliniques supplémentaires à l'étude de validation du SCID-D, nous aimerions mettre en avant la complexité de tout processus diagnostique des TD. Ce serait une erreur de penser qu'un instrument semi-structuré tel que le SCID-D puisse répondre à toutes les questions et réussisse à classifier tous les sujets. Il reste des zones grises, zones où les cliniciens doivent faire preuve de rigueur, doivent pouvoir gérer l'incertitude, et néanmoins prendre une décision.

Tout processus d'évaluation diagnostique doit rester au plus près du patient, ce que Nijenhuis (2017a, chapitre 32 : p.205-252) nomme une « évaluation éactive » alors qu'il décrit dans le détail l'évaluation diagnostique utilisant le SCID-D de sa patiente Ineke.

Nous allons maintenant continuer sur le thème du processus diagnostique complexe dans des cas de TD, avec la psychose dissociative.

2.8. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas.

Article publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* en 2019.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, la différenciation diagnostique entre TD et schizophrénie a donné lieu à des débats conceptuels et scientifiques depuis plus d'un siècle. On observe un regain d'intérêt depuis qu'un intérêt plus marqué se fait jour au sujet de la dissociation d'origine traumatique comme en témoignent des travaux de recherche récents (Longden al., 2020 ; Moskowitz, Schäfer & Dorahy, 2008) Dans l'article suivant, nous présentons une réflexion autour du diagnostic de psychose hystérique, diagnostic mentionné dans le CIM-10 (1994, p. 137) dans la partie sur les troubles dissociatifs (de conversion).

Dans cet article, on voit que le procédé diagnostique peut nécessiter une investigation thérapeutique particulière chez certains patients souffrant de TD avec une présentation clinique inhabituelle, avec des symptômes habituellement classés dans le registre de la psychose, mais qui correspond bien à une dissociation structurelle.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas



The theory of the structural dissociation of the personality for the conceptualization and treatment of dissociative psychosis: Two case studies

Olivier Piedfort-Marin

Université de Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360, Institut Romand de Psychotraumatologie, 21, Avenue de Montchoisi, 1006 Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 15 décembre 2017

Accepté le 16 avril 2018

Disponible sur Internet le 11 août 2018

Mots clés :

Cas clinique

Historique

Hystérie dissociative

Hypnose

Psychothérapie

Traumatisme psychique

Trouble dissociatif de l'identité

RÉSUMÉ

Objectif. – Présenter une compréhension de la psychose dissociative selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

Patients/méthodes. – Nous présentons le cas d'un patient avec des épisodes répétés de psychose dissociative et celui d'une patiente avec une psychose dissociative postpuerpérale. Le traitement se fait selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité en utilisant des méthodes hypnotérapeutiques.

Résultats. – Le premier patient montre une amélioration sensible de la symptomatologie avec arrêt des hospitalisations. Le second cas montre une disparition totale des symptômes psychotiques en trois séances.

Conclusions. – La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité peut être utile pour la compréhension et le traitement de la psychose dissociative. Des techniques hypnotérapeutiques et hypno-imaginatives peuvent être recommandées pour traiter de tels patients.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – We present the theory of the structural dissociation of the personality as a way to conceptualize dissociative psychosis and illustrate this with two case studies. This theory was developed to help understand trauma related disorders, i.e. dissociative disorders. In line with Janet's work, this theory states that a traumatic event can lead to a division (dissociation) of the personality in two or more parts: an apparently normal part of the personality deals with daily life activities and avoids the traumatic memories, and one or more emotional parts of the personality stay fixated on the traumatic experience and can reach a certain autonomy as in dissociative identity disorder. Dissociative psychosis is understood as the intrusion of emotional parts into the apparently normal part, which gets overwhelmed, with psychotic-like intrusions. In the most severe cases, an emotional part takes over the executive role over a long period of time.

Patients/methods. – The first case study is a male patient suffering from repetitive (at least once a year) psychotic episodes with a normal nonpsychotic functioning between episodes. Main psychotic symptoms are mystic delusions, verbal auditory hallucinations and disorganized thinking. Hypnotherapeutic interventions allowed an evaluation of a possible structural dissociation, which then led to the diagnostic of dissociative psychosis. A psychotherapy based on the theory of structural dissociation was then engaged. The second case study is a female patient with depersonalization disorder and a dissociative psychosis several weeks after the traumatic birth of her twin children. Psychotic symptoms were mystic, referential and persecutory delusions.

Keywords:

Clinical case

Dissociative hysteria

Dissociative psychosis

Historic

Hypnosis

Psychotherapy

Psychic trauma

1. Introduction

La psychose dissociative (PD) questionne les concepts de psychose et de dissociation. Sous la dénomination ancienne de psychose hystérique l'intérêt pour ce trouble décline au début du XXème siècle parallèlement avec l'émergence du concept de schizophrénie et le déclin de celui d'hystérie. Le terme même fait débat. Maléval [20] propose à juste titre que ce terme n'est pas adéquat puisqu'il ne s'agit pas de psychose au sens étiologique du terme. Dans l'attente d'une dénomination plus appropriée que nous discuterons plus loin, nous préférons utiliser dans cet article le terme de psychose dissociative, terme plus actuel et davantage reconnu au niveau international [34, 44]. Cette maladie reste délaissée par les classifications diagnostiques et les cliniciens malgré plusieurs contributions dans la littérature francophone [9, 20] et anglophone [11, 18, 32, 38-40]. Pourtant elle profiterait d'une prise en charge spécifique et répondrait favorablement à la psychothérapie, en particulier à l'hypnose [44], ce qui donne une importance centrale à la question du diagnostic différentiel.

A la fin du XIXème siècle les travaux de Janet [13-17] puis de Freud et Breuer [10] ciblent particulièrement les troubles hystériques avec un accord général que ces troubles trouvent leurs origines dans un vécu traumatique. Le concept d'hystérie est alors au centre des recherches en psychopathologie. Comme le font remarquer Freud et Breuer, les pathologies les plus diverses, y compris des hallucinations visuelles, peuvent être mises sur le compte de l'hystérie d'origine traumatique. Janet quant à lui décrit de nombreux cas où les symptômes hystériques prennent les formes les plus diverses, également des symptômes que l'on catégoriserait de nos jours de psychotiques.

Le concept de schizophrénie de Bleuler [4] eut jusqu'à aujourd'hui une influence prépondérante sur les catégorisations diagnostiques. Maléval [20] décrit la faiblesse scientifique des travaux de Bleuler et valide le travail d'observation phénoménologique détaillée de Janet qui met l'observation avant les conclusions conceptuelles et non l'inverse comme le fit Bleuler. Néanmoins le concept de schizophrénie eut raison de celui de l'hystérie (troubles dissociatifs, dirait-on de nos jours). Le concept de *Spaltung* comme perturbation au cœur de la schizophrénie amena jusqu'à nos jours à une confusion sur des concepts psychopathologiques clés. *Spaltung* a été souvent traduit en français par dissociation, ce qui fit penser que l'hystérie était simplement une forme de schizophrénie, ce que soutenait d'ailleurs Bleuler mais pas Janet [20]. Néanmoins

selon Ross [33] de nombreux cas cliniques proposés par Bleuler en 1911 recevraient aujourd'hui le diagnostic de trouble dissociatif de l'identité.

Bleuler [4] décrit trois types de symptômes centraux de la schizophrénie : (1) la *Spaltung* des fonctions psychiques avec l'émergence de complexes indépendants qui mettent à mal l'unité de la personnalité, (2) les troubles des associations, et (3) les troubles affectifs. Les hallucinations, les délires, les états confusionnels sont pour Bleuler des effets de la *Spaltung* et ces symptômes accessoires ne sont donc pas l'origine de la maladie. De nos jours le diagnostic de schizophrénie est posé sur la seule base de ces signes « accessoires ». Les travaux de Bleuler se basaient largement sur la psychologie associationniste de l'époque et le concept de *complexe* de Jung qui ressemble au concept d'idées fixes de Janet [21]. Les difficultés de traduction dénotent des difficultés conceptuelles. Faut-il traduire *Spaltung* par dissociation ou par dislocation ou encore scission, clivage ? Si l'on choisit dissociation, est-ce le même concept de dissociation que celui de Janet ? Les troubles des associations sont-ils dus à la dissociation au sens janetien ? On voit ainsi s'installer un chaos conceptuel qui nous poursuit encore.

En 1912 le français Chaslin propose le concept de discordance, actuellement défini comme « le trouble des associations des processus psychiques entre eux ce qui perturbe le lien entre ces processus psychiques et la réalité et le rend dis-harmonieux » [5]. Ce concept n'a pas dépassé les frontières hexagonales mais a été partiellement repris par les classifications internationales (p.ex. discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé).

Les tentatives pour différencier névroses et psychoses tout au long du XXème siècle n'ont eu que des succès mitigés, jusqu'à disparaître des manuels de psychiatrie anglo-saxons [3, 20]. On tente donc toujours de définir la psychose sur la base de symptômes, principalement les symptômes accessoires de Bleuler et les symptômes schneidériens. Néanmoins ces symptômes considérés comme typiques des troubles psychotiques sont aussi présents dans les TD, comme les symptômes schneideriens de premier rang [7, 18, 32]. Les hallucinations auditives (entendre des voix, des voix d'enfant, des voix dénigrantes ou des voix commentant les actions du sujet) seraient plus fréquentes dans le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) que dans la schizophrénie. Le DSM-5 [2] spécifie (p. 347) que les sujets ayant un TDI « peuvent également rapporter la perception de

voix (p. ex. une voix d'enfant, des pleurs, la voix d'un esprit)» et met en avant la confusion diagnostique possible entre TD et schizophrénie.

La CIM-10 [25] spécifie sans aucune description l'existence de la psychose hystérique dans le chapitre sur les TD. Avec le Trouble psychotique bref avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) le DSM-5 reconnaît qu'un événement traumatique puisse amener à une décompensation psychotique brève. Alors que certains auteurs considèrent que la PD est de durée brève [9] d'autres spécifient qu'elle peut avoir une durée plus longue si elle n'est pas traitée adéquatement [40]. La PD pourrait donc ne pas correspondre au diagnostic de trouble psychotique bref selon le DSM-5. Si la PD n'est pas mentionnée dans le DSM-5 dans le chapitre sur les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, dans le chapitre sur les TD il est stipulé que « certains individus [ayant un TDI] présentent des phénomènes ou des épisodes psychotiques transitoires ». On voit donc que les deux catégorisations officielles des troubles mentaux ne sont pas aidantes pour classer la PD.

Alors comment définir la PD ? Nous proposons de considérer la PD comme un trouble dont l'origine est une *dissociation* de la personnalité au sens janetien du terme, c'est-à-dire une division de la personnalité en plusieurs systèmes d'idées et de fonctions qui peuvent s'émanciper. C'est la raison pour laquelle nous nous basons sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TSDP) [41], une théorie basée sur les travaux de Janet, pour élaborer une compréhension de la PD. Dans certains cas l'activation de ces systèmes autonomes peut prendre une *présentation* psychotique. Par présentation psychotique, considérant le manque de clarté du concept de psychose, on entend communément que ce sont des symptômes listés sous troubles psychotiques des classifications internationales. Mais l'étiologie de la PD est dissociative, c'est-à-dire elle trouve son origine dans une dissociation de la personnalité au sens janetien du terme. La dissociation d'origine traumatique amène à une structure organisée dont logique peut nous échapper en début de traitement. Si nous sommes d'accord que tout ce qui est délire ou hallucination n'est pas psychotique, encore faut-il arriver à différencier les délires et hallucinations d'origine dissociative de ceux d'origine psychotique. Maléval [20] proposait d'ailleurs de différencier délire et délirium, hallucination et illusion pour mieux distinguer psychose et hystérie (trouble dissociatif). La TSDP, dans la droite ligne des travaux de Janet, se concentre sur la structure de la personnalité sous-jacente aux symptômes à présentation psychotique présents dans la PD. Cet article peut contribuer à clarifier certains de

ces aspects diagnostiques complexes. Le thème des « vraies » décompensations psychotiques suite à des traumatismes récents dépasse le cadre de cet article.

La PD se trouve ainsi au carrefour de plusieurs problématiques : (1) la difficulté à définir la psychose et à la différencier clairement des autres troubles, y compris au niveau étiologique ; (2) le chaos conceptuel autour des concepts de dissociation, *Spaltung*, *Zerspaltung*, discordance, troubles des associations, clivage ; (3) un chevauchement de certains symptômes entre les TD et les troubles psychotiques ; (4) une perte d'intérêt pour l'hystérie depuis le début du XXème siècle et actuellement pour les TD ; enfin (5) un oubli des travaux de Janet. Nous considérons que la discordance et les troubles des associations sont de nature différente de la dissociation janetienne.

Cet article aborde la PD à travers deux études de cas, en se basant sur TDSP [41] qui permet une conceptualisation aidante de ce trouble. L'article finira par des recommandations en terme de diagnostic et de traitement.

2. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

La TDSP développée par van der Hart, Nijenhuis et Steele [41,42, 24] permet de conceptualiser les TD et aussi la PD. Les auteurs reprennent les travaux de Janet [13-17] et de Myers [22] en les enrichissant par ceux de Panksepp [26]. Des recherches récentes en neurobiologie amènent des confirmations intéressantes de leurs travaux [30, 36].

La TDSP postule que la personnalité peut se diviser (se dissocier) en plusieurs entités ou parties sous l'effet de traumatismes, lorsque le sujet ne dispose pas de capacités intégratives suffisantes pour faire face à ces événements, en particulier dans l'enfance et l'adolescence. Avec le temps certaines parties continuent de s'engager dans les fonctions de la vie quotidienne alors que d'autres restent fixées sur les expériences traumatiques. Ces dernières s'engagent dans des mécanismes ressemblant aux mécanismes de défense animale lorsqu'on est exposé à des dangers réels ou perçus. Les différentes parties dissociatives de la personnalité exercent donc différentes fonctions basées sur des systèmes d'action dérivés de l'évolution (attachement, exploration, jeu, défense, etc.), et se manifestent dans des actions mentales et comportementales correspondantes. Les parties dissociatives engagées dans le quotidien (que l'on pourrait catégoriser d'états de

personnalité « adultes ») ont tendance à éviter les souvenirs traumatiques pour mieux fonctionner au quotidien, ce qui avec le temps maintient et renforce la structure dissociative. Ce phénomène se met en place en particulier dans l'enfance lorsque les événements menaçants (violences physiques ou sexuelles, maltraitances, négligences) ont lieu fréquemment. Les expériences traumatiques sont alors contenues par une ou plusieurs parties dissociatives de la personnalité qui peuvent devenir de plus en plus autonomes. Parce que leurs fonctions sont définies par des émotions de base en lien avec l'expérience traumatique (peur, colère, impuissance, tristesse, pleurs d'attachement), et reprenant les définitions de Myers [22], elles sont nommées par van der Hart et coll. [41] *parties émotionnelles de la personnalité* (PE). Parallèlement, la partie de la personnalité qui gère le quotidien évite activement les souvenirs traumatiques et les PEs, développant ainsi une phobie des PEs, problème central des TD. Parce qu'elle tente de s'adapter tant bien que mal à la vie quotidienne et peut dès lors paraître relativement normale, on nomme cette partie dissociative *partie apparemment normale de la personnalité* (PAN). La PAN et les PEs sont donc les composantes de la personnalité des patients souffrant de TD et d'autres troubles d'origine traumatique et entretiennent entre elles une dynamique systémique complexe.

Lorsque des PEs développent une autonomie importante, elles peuvent alors prendre par période un rôle exécutif sur la PAN, ce qui amène à un changement de personnalité, appelé *switch*, ce qui, lorsqu'ils sont fréquents, donne lieu au diagnostic de TDI. Ces passages d'une entité à une autre se présentent souvent mais pas toujours avec une amnésie par la PAN de la période où une PE a pris le rôle exécutif sur le corps et le mental. La patiente présente en général un comportement différent que d'habitude, avec une attitude enfantine, effrayée, triste ou agressive. Parfois le comportement adopté peut se vouloir aidant. Certaines PE sont en effet capables d'actions complexes afin de reprendre les obligations de la PAN absente.

Lorsqu'elles ne prennent pas le rôle exécutif, les PEs peuvent agir « à l'intérieur », provoquant chez la PAN des symptômes intrusifs comme des hallucinations diverses (voix, sensations, perceptions). Lorsque les PEs ont une influence forte sur le fonctionnement de la PAN sans prendre un rôle exécutif complet, on posera le diagnostic DSM-5 d'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (anciennement Trouble dissociatif non spécifié de type 1, dans le DSM-IV [1]). Ces symptômes intrusifs sont souvent des symptômes schneideriens de premier rang, nombreux chez les patients TDI [7, 18].

3. Dissociation structurelle et psychose dissociative

La TDSP peut s'avérer intéressante pour comprendre et conceptualiser la survenue d'une PD. Witztum et van der Hart [44] proposent plusieurs cas de figures pour conceptualiser une PD selon la TDSP, plusieurs de ces possibilités pouvant se combiner.

1. « La PAN se sent débordée par des voix menaçantes ou donnant des ordres ;
2. une ou plusieurs PEs a/ont pris le rôle exécutif et est/sont dans la reviviscence d'événements traumatiques (*idées fixes primaires* selon Janet) ;
3. une ou plusieurs PEs a/ont pris le rôle exécutif et est/sont dans la reviviscence d'hallucinations terrifiantes dérivées d'expériences traumatiques (*idées fixes secondaires* selon Janet) ;
4. des *switchs* rapides entre PEs à cause de souvenirs traumatiques réactivés ;
et
5. le phénomène de *double émotion* [17, 44] lorsqu'une traumatisation actuelle réactive des traumatisations anciennes ».

Pour mieux comprendre ces différents cas de figure, nous devons donner des précisions sur le fonctionnement des PEs et de la PAN. La TDSP considère que chez les patients dissociatifs une hallucination auditive ou sensorielle est l'expression d'une PE. Dans ce cas une PE s'exprime « à l'intérieur » plutôt que de prendre le contrôle exécutif complet ce qui provoquerait un *switch*. Ainsi la PAN peut rapporter entendre une voix qui lui dit qu'elle est mauvaise ou bien qu'elle devrait se tuer ou bien encore qu'elle doit demander de l'aide. Lors d'un vécu d'agressions physiques ou sexuelles ou de trahisons, peuvent se développer certaines PEs fixées sur de telles expériences et qui sont particulièrement méfiantes. La PAN peut alors rapporter des idées paranoïaques.

Les PEs ont une conception de soi, des autres et du monde en lien avec l'âge de leur apparition, avec le traumatisme lors duquel elles sont apparues, et avec la fonction qu'elles ont développée. Lorsque les traumatismes étaient des violences sexuelles, le contenu des PEs est souvent à connotation sexuelle. Leurs capacités sont aussi influencées par l'état mental du sujet lors du traumatisme : si l'enfant a été alcoolisé ou drogué par l'agresseur, les perceptions de l'enfant vont être

altérées. Une PE qui s'est développée dans de telles conditions peut présenter des éléments d'apparence psychotique parce que les perceptions ont été altérées par l'alcool ou les substances. Plus tard, si suite à un *switch* une telle PE prend le rôle exécutif, le clinicien risque de ne pas comprendre ce qu'elle communique et peut donc labelliser cette expérience de psychotique.

D'autres PEs développent une compréhension de la situation traumatique influencée par le niveau de développement du sujet au moment du traumatisme. Par ailleurs les enfants peuvent faire appel à leur imaginaire pour trouver une logique ou une compréhension rassurantes aux événements traumatiques. A l'âge adulte, de telles PEs peuvent aussi présenter des symptômes à présentation psychotique en lien avec la compréhension enfantine ou avec le monde imaginaire qu'elles se sont créées autour du traumatisme en question.

PEs et PAN sont dans une dynamique systémique complexe, agissant entre elles et par rapport au monde extérieur. Un facteur fondamental dans la compréhension de ce système dynamique réside dans le niveau d'énergie de la PAN. Si la PAN a un niveau d'énergie élevé, elle pourra mieux gérer les intrusions des PEs, souvent par l'évitement mental. Elle mentionnera alors des « pensées » plutôt que des voix, des « croyances particulières » plutôt que des pensées délirantes, pouvant les relativiser ou les mettre à distance. Par ailleurs lorsque la PAN a un faible niveau d'énergie, certaines PEs peuvent s'exprimer plus facilement alors que d'autres PEs veulent soutenir la PAN. Ces deux phénomènes peuvent amener à une apparition ou une recrudescence de *switchs* et/ou de symptômes intrusifs qui peuvent submerger la PAN et faire baisser d'autant plus son niveau d'énergie. Peut alors se développer un cercle vicieux inquiétant pour l'évolution de l'état du sujet. Une baisse du niveau d'énergie de la PAN peut avoir lieu lorsque le sujet a vécu récemment des événements stressants ou traumatisants, événements qui fragilisent le sujet et peuvent en outre réactiver des traumatismes anciens avec un risque accru de décompensation.

En se basant sur la TDSP la PD peut être comprise comme la prise du rôle exécutif par une PE sur une certaine période de temps, ou encore par l'intrusion sévère d'une ou plusieurs PEs sur la PAN qui ne peut pas les gérer [44]. Les éléments à retenir sont une baisse du niveau d'énergie de la PAN ainsi que les difficultés - pour la PAN et/ou le clinicien - à comprendre les symptômes intrusifs c'est-à-dire les expressions des PEs. Dans certains cas, la PD correspond à une phase du développement d'un TDI ou d'un autre TD complexe. Dans d'autres cas

la PD est l'expression d'une dissociation structurelle sous-jacente provisoirement décompensée.

4. Traitement de la psychose dissociative

Concevoir certains symptômes d'apparence psychotique comme l'expression d'une PE chez un sujet avec une structure dissociative permet de diriger le traitement psychologique (et médical) de manière spécifique. Pour le traitement des TD, des interventions ont en effet été développées par les tenants de la TDSP [24, 41, 42], et déjà par les tenants de la thérapie des états du moi, précurseurs de la TDSP [27, 43], ou des auteurs américains d'obédience psychodynamique se basant sur un modèle de parties [19, 29, 31]. Ces interventions sont intégratives et utilisent de nombreuses techniques hypnotérapeutiques, comportementales, cognitives, et systémiques.

Il existe peu de recommandations pour le traitement des PD. Il semble néanmoins que la psychothérapie soit une approche efficace, en particulier l'hypnose [40]. Van der Hart et Spiegel [39] proposent même que l'hypnose permettrait un diagnostic différentiel entre une PD et un trouble psychotique non dissociatif. Selon van der Hart, Witztum et Friedman [40] « des méthodes hypnotérapeutiques peuvent aider les thérapeutes à entrer dans le monde du patient, à rejoindre et utiliser les symboles idiosyncratiques et la symbolique culturelle pour transformer ce monde intérieur ». Les patients avec une PD seraient plus facilement hypnotisables que les patients schizophrènes [38].

Nous allons présenter deux vignettes cliniques¹ correspondant toutes deux à la combinaison des conditions (1) (la PAN est débordée par des voix menaçantes ou donnant des ordres) et (5) (réactivation d'un traumatisme ancien par un traumatisme actuel) selon Witztum et van der Hart [44]. Dans ces deux vignettes cliniques nous avons utilisé des méthodes hypnotérapeutiques adaptées à la TDSP pour sonder le monde intérieur de ces deux sujets afin de comprendre leurs symptômes et d'en tirer les solutions permettant de stabiliser le système interne.

5. Cas n° 1 : épisodes répétitifs de psychose dissociative

¹ Les sujets ont donné leur accord écrit à cette publication. Des données personnelles ont été modifiées pour garantir l'anonymat.

Je reçois Monsieur Walter B. à la demande de ses thérapeutes afin de clarifier un diagnostic incertain de schizophrénie et d'analyser de possibles phénomènes dissociatifs chez ce patient au passé traumatique sévère (trahisons et abandons parentaux, violences sexuelles par un prêtre). Ce qui étonne les soignants de cet homme de 35 ans, c'est qu'il n'est « pas du tout psychotique » en dehors de périodes d'une durée de plusieurs semaines lors desquelles il développe des délires mystiques qui nécessitent hospitalisation et prescription de neuroleptiques. Il reçoit à 16 ans le diagnostic de « troubles psychotiques aigus et transitoires polymorphes, sans symptômes schizophréniques ». S'en suivent divers traitements ambulatoires et hospitaliers, souvent suite à des périodes de crise. L'étude du dossier médical montre que les soignants sont hésitants quant au diagnostic. Tous observent lors des crises des symptômes psychotiques comme un comportement désorganisé, des hallucinations acoustico-verbales, des délires mystiques, une anhédonie, une aboulie et parfois un émoussement affectif. Les crises surviennent lors de stress comme une rupture amoureuse, des problèmes professionnels sérieux, peuvent amener à des tentamens, et donnent lieu à des hospitalisations répétées, une fois par an et parfois plus. Les diagnostics retenus démontrent de la difficulté des soignants précédents à conceptualiser le cas : « schizophrénie avec rémission complète », « schizophrénie épisodique avec rémission complète sans précisions et épisodes dépressifs sévère avec symptômes psychotiques », « trouble psychotique aigu et transitoire avec facteur de stress associé ». Tous les soignants évoquent la complexité du diagnostic de par la différence nette dans le niveau de fonctionnement du sujet selon s'il est décompensé ou se porte bien. Les symptômes psychotiques envahissants lors des phases de décompensation disparaissent alors pour laisser place à des ressources importantes et à la capacité d'une activité professionnelle autonome. Néanmoins, les hospitalisations fréquentes et la stigmatisation due au diagnostic vont marquer sa vie personnelle et professionnelle avec une marginalisation sociale progressive.

L'évaluation a lieu alors que Monsieur B. n'est pas décompensé. Le score au SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire [8, 23] est de 29, alors que le score de 30 indique la présence possible d'un TD. Le SCID-D-R (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised [37]) ne permet pas de poser un diagnostic de TD ; par contre il met en avant lors des phases de décompensation des symptômes de dépersonnalisation et de légers symptômes d'altération de l'identité, une catégorie de symptômes dissociatifs particulièrement représentative du TDI. On note quelques traits de personnalité

borderline qui n'expliquent cependant pas la problématique. On peut poser l'hypothèse d'une structure dissociative compensée lors de cet entretien d'évaluation, c'est-à-dire que des PEs peuvent être « au repos » lorsque le patient se porte bien et s'activer dans des situations de stress ou d'épuisement de la PAN. Pour tester cette hypothèse, le sujet accepte ma proposition de mise en transe légère (par un exercice de relaxation) afin de tester la présence d'une PE « cachée ». Le sujet s'avère difficilement hypnotisable, ayant du mal à lâcher le contrôle face à un thérapeute inconnu. On peut néanmoins découvrir deux PEs (de 13 ans et de 16 ans) aux prises avec des idées mystiques en lien avec l'enseignement religieux que refusent ces PEs. La PE de 13 ans est fixée sur la célébration de la première communion. La PE de 16 ans peut dire qu'elle croit « plus dans les extra-terrestres qu'en Dieu ». Les deux PEs sont apaisées par des méthodes hypno-imaginatives simples (mises en sécurité dans un lieu sûr imaginaire et consolation). Le sujet est ému de cette rencontre avec ses PEs plus jeunes et il voit mieux le lien avec l'émergence des idées mystiques et de référence lors des phases de décompensation. Une part des hallucinations acoustico-auditives qu'il a lors des décompensations peuvent être mises sur le compte de ces PEs. Cette évaluation sous transe légère a permis de confirmer la présence d'une structure dissociative qui permet d'expliquer la survenue d'une PD dans des périodes de stress lorsque la PAN est affaiblie et ne peut donc plus éviter mentalement les intrusions des PEs. Il est conseillé à son thérapeute de travailler en tenant compte de cette structure dissociative de la personnalité. Son travail porte ses fruits puisque trois ans plus tard le patient n'a pas dû être hospitalisé et n'a pas présenté de symptômes psychotiques pendant cette période à l'exception d'une période de crise que nous allons maintenant décrire.

Deux ans après les entretiens diagnostiques décrits, Monsieur B. entre soudainement dans une décompensation alors que son thérapeute est sur le point de partir en vacances. Des symptômes à présentation psychotique émergent de manière inquiétante en quelques jours : état confusionnel, propos délirants, peur de ne pas savoir dans quelle réalité il est, signes prodromiques habituel d'une décompensation chez ce sujet. Je vois le patient en urgence alors que son thérapeute est en congé. Monsieur B. évoque d'emblée sa nouvelle relation avec une femme dont il est très amoureux mais qui est ambivalente à son égard. En outre elle souhaite avoir des relations sexuelles à plusieurs, avec lui et d'autres hommes. Il dit ne pas arriver à dormir depuis une semaine. Lorsqu'il dort avec elle, il dit avoir alors de la peine à respirer, trembler, être sur le qui-vive. Des

« angoisses de vie et de mort », en lien avec les pensées de références et délires mystiques, sont revenues ainsi que la peur de mettre fin à ses jours. Le patient est en effet au bord d'une décompensation sévère comme il en a déjà eu dans le passé : la PAN est épuisée par le manque de sommeil et l'activation de problématiques d'attachement ; des PEs émergent de nouveaux sous la forme de voix exprimant des opinions négatives et délirantes sur la vie et la mort (délires mystiques). Des idées de référence n'ont pas refait surface à ce moment-là.

Après un exercice de relaxation, je lui propose qu'il s'ouvre à son « monde intérieur » et s'approche des « forces intérieures » qui s'expriment ces derniers jours. Il évoque une PE de l'enfance, une autre PE adolescent, une PE qui représente sa grand-mère décédée qui a beaucoup compté pour lui. La PE enfant est fixée sur les expériences de violences sexuelles. Dans cette situation de crise, la veille de Noël, je choisis d'être directif en me basant sur les éléments à disposition et sur mon contre-transfert : « Serait-il possible que ce petit Walter émerge ces derniers temps parce qu'il est question de partager l'intimité avec un autre homme puisque votre amie veut avoir des rapports sexuels à plusieurs en votre présence. Je crois qu'il ne veut pas à nouveau être nu avec un homme. » Le patient acquiesce de la tête le long de mon intervention en versant des larmes. Le patient dit que « le petit Walter » est en colère et crie « je n'ai rien fait de mal ! ». Je confirme qu'en effet il n'a rien fait de mal et propose au patient dans sa PAN de le dire à la PE en question. Je suggère enfin que « le petit Walter » soit mis dans un lieu sûr imaginaire et consolé (descriptif détaillé de cette technique : [28]). A la fin de la séance, le patient est plus calme et satisfait d'avoir compris les raisons de son mal-être soudain. Il lui est conseillé de prendre régulièrement contact avec les PEs en présence et de s'assurer qu'elles restent dans leur lieu sûr imaginaire. Enfin je mets en garde le patient : le souhait de son amie d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs hommes en même temps réactive les mémoires traumatiques des violences sexuelles subies dans son enfance. Cette séance n'a pas permis d'aborder les aspects d'attachement traumatique réactivés par la rencontre avec cette femme idéalisée. Suite à cette séance et avec une légère augmentation de la médication anxiolytique, Monsieur B. se stabilisa et n'eut pas besoin d'une hospitalisation. Le travail thérapeutique se basant sur la structure dissociative continue avec son thérapeute. Un an plus tard, le patient n'a pas eu d'autres crises de PD ni prodromique. Cela fait en tout 3 ans qu'il n'a pas dû être hospitalisé, ce qui contraste nettement avec la forte fréquence des hospitalisations qu'il a eu entre l'âge de 16 et 35 ans.

6. Cas n° 2 : psychose dissociative post-puerpérale

Mme C. est une femme de 35 ans qui prend contact quelques semaines après la naissance de jumeaux. Suite à un accident de voiture l'accouchement a été précipité et a fait l'objet de complications médicales qui ont failli être fatales à la mère et aux enfants. Mme C. est connue du thérapeute (XXX) pour une psychothérapie de séquelles de traumatismes infantiles et de problèmes relationnels avec son époux. Cette thérapie a consisté en 50 séances d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Thérapie de retraitement par mouvements oculaires [35]) et s'est terminée un an auparavant après une intégration des souvenirs traumatiques, des changements positifs correspondants, et un état de pleine satisfaction dans la relation à son époux.

Au téléphone Mme C., très perturbée, décrit des phénomènes de dépersonnalisation et d'autres phénomènes qui l'effraient et dont elle ne veut parler au téléphone. La dépersonnalisation constante l'inquiète et l'épuise et il est question d'une hospitalisation. Elle a remarqué la dépersonnalisation pendant l'accouchement puis cet état est réapparu après plusieurs semaines « heureuses ». Dans cet entretien téléphonique, je rassure la patiente par des informations sur les séquelles précoces de traumatisme, et propose un rendez-vous le lendemain pour évaluer l'option d'une hospitalisation, ce qui calme la patiente. Lors du premier entretien Mme C. décrit avoir depuis une semaine de la méfiance à l'égard des ami(e)s et des « pensées parano » à propos d'un complot du mari et des nouveau-nés contre elle. Elle décrit également des « pensées mystiques », un sentiment de « comprendre le sens » d'événements les plus anodins. Ces symptômes sont accompagnés d'une certaine agitation. On peut confirmer une dépersonnalisation sévère que la patiente dit avoir déjà vécu lors des traumatismes infantiles. La patiente garde selon les moments un regard critique face aux idées délirantes de persécution et aux idées de références, mais au prix de beaucoup d'énergie et d'auto-persuasion. Je suspecte des hallucinations auditives mais n'investigue pas cela pour ne pas déstabiliser davantage la patiente. « Il y a quelque chose en moi sur lequel je n'ai pas le contrôle » : par cette phrase on peut émettre l'hypothèse d'une dissociation structurelle et de l'émergence d'une PE qui déstabilise la PAN. Nous testons cette hypothèse : « Donc il y a quelque chose en vous qui vient avec ces pensées de complot et ces idées mystiques et il y a vous qui n'êtes pas vraiment ou pas complètement

d'accord avec ces idées ? De manière différente selon votre niveau d'énergie ? » La patiente acquiesce tout en précisant que selon son état de fatigue elle peut adhérer plus fortement à ces pensées. On a ainsi un accord en faveur de l'hypothèse d'une dissociation structurelle à l'origine de ces symptômes de présentation psychotique. La patiente accepte que l'on explore la séance suivante cette « force intérieure » pouvant expliquer ces phénomènes. Je l'invite à consulter un psychiatre de ma connaissance en vue d'une possible médication. Pendant cette première séance, la seule technique hypnothérapeutique utilisée fut des séquences d'acceptation pour être au plus près de la patiente et renforcer la relation thérapeutique.

Lors de la seconde séance, la patiente dit avoir pu se persuader de me faire confiance malgré les pensées paranoïaques. Je guide Mme C. dans un exercice simple de relaxation pour la calmer un minimum. Je lui demande ensuite quelle forme pourrait représenter la force qui envoie ces idées de complot et si elle pourrait entrer en contact avec cette force. Il s'agit d'une grande ombre noire et la patiente, paniquée, la sent se précipiter sur elle. J'interviens immédiatement : « Dites-lui de s'arrêter ! ». L'ombre noire s'arrête à la surprise de la patiente. Puis une intervention centrale : « Elle vous a écouté, elle a fait ce que vous lui demandiez de faire ». La patiente est étonnée. S'en suit dans un dialogue interne une exploration des motivations de cette force (PE) symbolisée par l'ombre noire. La patiente dans sa PAN apprend que cette PE veut la protéger, qu'elle est donc de son côté. Lors de traumatismes infantiles c'est la connaissance d'informations que l'agresseur n'avait pas qui avaient permis de mettre un terme aux violences. Une PE protectrice s'était ainsi formée avec la croyance que si elle avait des connaissances supérieures alors elle serait protégée de dangers potentiels. Cet élément n'avait pas été retraité lors de la thérapie précédente. J'opte ensuite pour une procédure développée par Reddemann [28]. Il s'agit de donner de la reconnaissance à la PE pour son rôle, de la réorienter dans le présent et ensuite de négocier avec elle un nouveau rôle dans le futur. J'invite la PAN à remercier la PE d'être restée là toutes ces années et de s'être tenue prête à protéger la patiente (c'est-à-dire la PAN), de reconnaître que c'était très utile à l'époque. Ensuite on demande à la PE qu'elle âge à la patiente et elle répond « 12 ans » au grand étonnement de la PAN. J'invite la PAN à lui dire son âge (35 ans), qu'elle a le permis de conduire, un travail, deux enfants, une maison. La PE est étonnée. Ensuite je suggère un rapprochement entre la PAN et la PE et renforce la position d'adulte efficace et responsable de la PAN, invitant la PE à se mettre en retrait et

à n'intervenir que si et seulement si l'adulte en a vraiment besoin. La PE accepte de se mettre en retrait, se rendant compte que la PAN est une femme d'expérience maintenant. La patiente dans sa PAN se sent alors plus légère.

On aborde ensuite les « idées mystiques » qui selon la PAN n'ont pas à voir avec la première PE. La PAN peut dire que ces idées mystiques « c'est quelque chose qui me rassure, me donne de la force et me contient. Ça a toujours été là mais ce n'était jamais gênant comme ça l'est maintenant. » Je demande si la patiente sait pourquoi cette force est devenue plus forte récemment. « Oui. Parce que j'ai failli mourir. Et si la vie n'avait pas de sens, ça serait dramatique de mourir. Toutes ces choses spirituelles se sont intensifiées autour de la naissance des jumeaux ». Ces phénomènes sont apparus « vers mes 18 ans en contact avec des personnes qui étaient dans le spirituel, à l'église que je fréquentais à l'époque. C'était une période très difficile pour moi et ces gens et leurs croyances spirituelles me rassuraient et me contenaient. » J'utilise ce que vient de dire la patiente et y apporte de la reconnaissance pour la souffrance de la jeune fille de 18 ans : « Je comprends que la jeune fille de 18 ans était très perturbée par différentes choses et elle avait eu une adolescence difficile et sa famille n'avait pas compris et pas vu ce qui se passait pour elle, alors elle a recherché de l'aide à l'extérieur de la famille et à l'église elle a trouvé de l'aide. » La patiente pleure et dit que cela a un effet sur la PE. La PAN est ensuite invitée à mettre la jeune fille de 18 ans dans un lieu sûr imaginaire où elle pourra se sentir « rassurée et contenue », pour reprendre les mots de la patiente. Puis un personnage bienveillant imaginaire rassure la jeune fille (procédure de l'apaisement de l'enfant blessé [28]). La patiente conclut que « maintenant elle [la PE] n'a pas besoin de trouver un sens dans les choses de la vie. Elle est bien juste comme ça. »

Six jours plus tard eut lieu le troisième entretien. La patiente a eu nettement moins de symptômes et il a donc été décidé avec le psychiatre qu'elle ne prendrait qu'un anxiolytique léger le soir pour faciliter l'endormissement. Cette séance est utilisée pour continuer à travailler avec la PE responsable des pensées de complot. Sentant que la PAN est encore faible, cette PE, dans son rôle de protection à l'égard de la PAN, veut anticiper de possibles prises de pouvoir par autrui. Cette séance est utilisée à rassurer cette PE et à la réorienter davantage dans le présent, comme fait précédemment.

La semaine suivante la patiente dit ne plus avoir « aucun symptôme bizarre » ni dépersonnalisation. Elle a eu une « belle discussion » bénéfique avec

sa mère autour de sa propre naissance qui a aussi été traumatique. S'en est suivi un travail psychothérapeutique de dix séances pour apaiser les éléments traumatiques anciens que les traumatismes de l'accident de voiture et de l'accouchement avaient réactivés. Les points communs étaient la réaction de dépersonnalisation péri-traumatique et le sentiment d'impuissance.

Au suivi de deux ans et demi aucun symptôme à présentation psychotique ni post-traumatique n'est réapparu. La patiente dit aller très bien ainsi que sa vie familiale et elle rapporte que les enfants se développent bien.

7. Discussion

Van der Hart, Witztum et Friedman [40] rapportent que selon Janet « une psychose pouvait être considérée hystérique si sa nature dissociative pouvait être établie », et ceci selon plusieurs critères que nous listons ici, accompagnés de nos commentaires basés sur la TDSP.

1. « La psychose est impliquée dans un phénomène dissociatif ». Cela fait référence à une structure dissociative de la personnalité.
2. « La psychose elle-même devrait être un état mental dissocié ». Dans le langage de la TDSP, le phénomène d'apparence psychotique est alors l'expression d'une PE.
3. « Il existe une division ou un dédoublement de la personnalité ». Cela présuppose une structure dissociative constituée d'au moins deux parties dissociatives, avec une PAN et au moins une PE ayant une certaine autonomie.
4. « Existence de phénomènes conscients ». Il faut comprendre cela comme des phénomènes qui sont le fait de PEs.
5. « Apparition d'états modifiés de conscience ». Lorsqu'une PE émerge, la PAN peut en effet présenter un état similaire à une transe, prise qu'elle est par les influences de la PE sur ses pensées, émotions et perceptions. Par ailleurs une PE peut apparaître dans un état de transe qui est en fait un état de conscience spécifique en lien à la situation traumatique passée.

Witztum et van der Hart [44] proposent que « pour reconnaître un trouble ou un épisode psychotique comme un syndrome de psychose dissociative, il devrait être en lien avec un traumatisme et être impliqué dans une dissociation

structurelle de la personnalité ». Les deux cas cliniques présentés dans cet article répondent à ces conditions.

L'approche psychothérapeutique de la PD est peu développée dans la littérature. Ces deux études de cas montrent l'utilité de l'hypnose et de méthodes hypno-imaginatives intégrées dans le modèle de la TDSP.

Aucun test d'hypnotisabilité n'a été réalisé auprès des deux sujets présentés ici. L'utilisation de méthodes hypnothérapeutiques a néanmoins pu être possible sous transe légère. Lors de son évaluation Monsieur B. avait des difficultés à se laisser guider par le clinicien, comme bon nombre de personnes qui ont vécu des abus de pouvoir. Par ailleurs Monsieur B. donne l'exemple d'une dissociation structurelle dans laquelle la PAN est très évitante des PE et des souvenirs traumatiques associés. Le clinicien a mis un moment avant de trouver le moyen d'être plus proche du sujet, utilisant ses propres résonances, ce qui a ouvert la voie à une exploration fructueuse de la structure dissociative. Dans le cas de Madame C., malgré une contamination du délire sur la personne du thérapeute, la relation de confiance précédemment établie a rendu possible une mise en transe légère, suffisante pour accéder à la structure dissociative.

Dans ces deux cas l'utilisation de l'hypnose a été efficace et rapide parce qu'elle se basait sur l'hypothèse d'une structure dissociative. Des techniques hypnothérapeutiques standards ne se basant pas sur la TDSP peuvent avoir un effet calmant [40] mais leur action sur la structure dissociative restera limitée. Or c'est là que l'intervention thérapeutique devrait agir pour un effet optimal.

Selon certains auteurs [9, 11] la PD disparaîtrait spontanément en quelques semaines. Il faudrait clarifier s'il s'agit d'une guérison spontanée ou si la guérison est due à une hospitalisation, une sécurisation, du repos ou une médication. Néanmoins une PD peut avoir une plus longue durée et dans ce cas une prise en charge psychothérapeutique spécifique s'impose [40]. La PD peut aussi présenter des épisodes répétitifs [6, 38] comme c'est le cas de Monsieur B. Pour les PD à épisode répétés, il faudrait considérer la PD dans le cadre d'un TD (TDI ou ATDS) ou de traumatismes complexes avec une structure dissociative. Un travail préventif peut se faire en prenant en considération la dissociation structurelle.

Dans des cas d'urgence psychiatrique, il peut être utile de pratiquer des interventions hypnothérapeutiques rapides et ciblées en vue de comprendre l'origine de la PD et d'apaiser les PE en action. Cela est moins stigmatisant et

donc moins déstabilisant qu'une prise de neuroleptiques ou qu'une hospitalisation. Dans les deux cas présentés ici, l'avantage était que le thérapeute connaissait les patients et leur histoire et qu'une relation de confiance était déjà instaurée. Dans le cas de Madame C. on aurait pu cibler le thème bien présent de la naissance : ce que son propre accouchement traumatique renvoyait à la patiente de sa propre naissance difficile. Néanmoins une exploration sans à priori des symptômes a amené à une autre problématique dont le traitement s'est avéré efficace immédiatement. Lorsqu'on émet l'hypothèse d'une PD, nous conseillons de suivre les symptômes. Ils nous communiquent quelque chose ; ils sont l'expression d'une PE qui a besoin d'être entendue. Le thérapeute doit aller en terrain inconnu pour explorer les symptômes avec la patiente en tant que PAN, et parfois en tant que PE si la PAN est tellement en retrait que la PE a pris la position exécutive.

8. Conclusion

Diverses dénominations de la PD ont été proposées pour ce que l'on appelait encore il y a peu psychose hystérique : psychose dissociative réactionnelle [38, 40], trouble dissociatif aigu avec présentation psychotique [34]. Nous soutenons cette dernière proposition. Dans tous les cas, il serait logique que ce trouble soit catégorisé dans les TD. Cela clarifierait l'origine traumatique du trouble, sa nature dissociative et sa présentation psychotique.

Le DSM-5 ne tient pas compte de la PD. La place de la PD dans la 11^{ème} révision de la CIM est encore inconnue. En l'absence d'un diagnostic officiel reconnaissant l'existence de la PD, il convient de sensibiliser les cliniciens, en particulier les psychiatres urgentistes à cette entité clinique à part entière.

La situation peut être délicate pour un clinicien qui n'aura pas connaissance de l'anamnèse psychotraumatique d'un patient, comme c'est le cas, par exemple, dans un service d'urgence psychiatrique. Le clinicien peut ne pas voir, ni même concevoir, le lien possible entre la symptomatologie en apparence psychotique d'une patiente et une possible dissociation structurelle de la personnalité.

La sécurité du patient et celle de son entourage doivent toujours être prioritaires dans la prise en charge d'une PD. Cela implique aussi de concevoir un traitement psychologique qui pourrait débloquer certaines situations, sévères

dans leur présentation, comme celle décrites dans ces deux vignettes cliniques, mais aisément résorbables par des méthodes hypnothérapeutiques et hypno-imaginatives se basant sur l'hypothèse d'une structure dissociative. Le traitement devrait dans tous les cas correspondre aux lignes directrices pour le traitement des troubles dissociatifs, préconisant un traitement par phases : phase 1, stabilisation et réduction des symptômes ce qui peut inclure une hospitalisation et une prescription médicamenteuse) ; phase 2, travail sur les souvenirs traumatiques ; phase 3, intégration [12, 41].

En l'absence de connaissances suffisantes en hypnose et sur la TDSP ou une autre théorie proche comme la théorie des états du moi [27, 28, 43], le clinicien privilégiera un traitement connu, sécurisant et stabilisant. A côté d'études de cas comme celle-ci, des recherches plus importantes sont nécessaires pour mieux connaître cette entité diagnostique à part et les différents traitements possibles. Pour paraphraser Janet, ce ne sont pas des psychotiques comme les autres. Ils méritent donc un traitement spécifique.

Références

1. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition. Paris : Masson ; 1996.
2. American Psychiatric Association (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition. Paris : Elsevier-Masson ; 2015
3. Auxéméry Y. Névrose et psychose : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? An. Med. Psy 2015 ; 643-648.
4. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. 1911
5. Crapet M. Le concept de discordance dans la schizophrénie : est-il toujours d'intérêt en 2012 ? Thèse de médecine. Université de Nantes. 2012
6. Daninos S. Etude d'un cas clinique : complexité diagnostique, schizophrénie ou psychose hystérique. Psychiatrie et santé mentale 2015. <dumas-01291187>
7. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Hanna D, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. J. Nerv Ment Dis 2009 ; 197 : 892-898.

8. El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, & Gaillard P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation* 2002 ; 3(3) : 59-73.
9. Follin S, Chazaud J, & Pilon L. (1961). Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Évolution psychiatrique* 1961 ; 26 : 257-286.
10. Freud, S, & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1956.
11. Hollender MH, & Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psy* 1964 ; 120 : 1066-1074.
12. International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *J Trauma Dissociation* 2011 ; 12(2) : 115- 187.
13. Janet P. *Névroses et idées fixes*. Vol. 1. Paris : Félix Alcan ; 1898.
14. Janet P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *J Psychologie* 1904 ; 1 : 417-453.
15. Janet P. *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan ; 1919.
16. Janet P. *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris : A. Chahine ; 1928.
17. Janet P. Réalisation et interprétation. *Ann Méd Psych* 1935 ; 93 : 329-366.
18. Kluft RP. First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psy* 1987 ; 144 : 293-8.
19. Kluft RP. Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorders. *Am J Psy* 1996 ; 153 (suppl 7) : 103-110.
20. Maleval J-C. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris : Payot ; 1981.
21. Moskowitz A. Association and dissociation in the historical concept of schizophrenia. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley ; 2008 ; 35-49.
22. Myers CS. *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press ; 1940.
23. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, & Van der Hart O. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Men Dis* 1996 ; 184 : 688-694.
24. Nijenhuis ERS. *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control*. Volume III, Enactive Trauma Therapy. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht ; 2017.
25. Organisation mondiale de la sante. *Classification internationale des troubles*

mentaux – CIM-10. Paris : Masson ; 1994.

26. Panksepp J. Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions. New York : Oxford University Press ; 1998.
27. Phillips M, & Frederick C. Psychothérapie des états dissociatifs : Guérir le moi divisé. Bruxelles : Satas ; 2001.
28. Piedfort-Marin O, & Reddemann L. Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives. Bruxelles: Satas ; 2016.
29. Putnam F. Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York : The Guilford Press ; 1989.
30. Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Quack J, Korf J, Paans AMJ, Haaksma J,...Den Boer J. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder : A symptom provocation study. *Biol Psy* 2006 ; 60 : 730-740.
31. Ross CJ. Multiple personality disorder. New York : John Wiley & Sons ; 1989.
32. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrénia. *Comprehensive Psychiatry* 1990 ; 31 : 111-8.
33. Ross, C.A. Dissociative schizophrenia. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley ; 2008 ; 281-294.
34. Sar, V, Özturk, E. Psychotic presentations of dissociative identity disorder. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 535-545). New York: Routledge.
35. Shapiro F. Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. Paris : InterEditions ; 2006.
36. Schlumpf YR, Nijenhuis ERS, Chalavi S, Weder EV, Zimmermann E, Luechinger R, & Jäncke L. Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces : An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage : Clinical* 2013 ; 3 : 54-64.
37. Steinberg M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). Washington, DC: American Psychiatric Press ; 1994.
38. Tutkun H, Yargic LI, & Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996 ; IX (4) : 244-252.
39. Van der Hart O, & Spiegel D. Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses : The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1993 ; 41, 3 : 191-209.

40. Van der Hart O, Witztum E, & Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis, *J Traumatic Stress* 1993 ; 6, 1 : 43-64.
41. Van der Hart O, Nijenhuis E, & Steele K. *Le Soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles: de Boeck ; 2010.
42. Van der Hart O, Steele K, & Nijenhuis ER. The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *Eur J Trauma Dissociation* 2017 ; 1 : 25-35.
43. Watkins JG, & Watkins HH. *Ego States Theory and Therapy*. New York : Norton ; 1997.
44. Witztum E, & Van der Hart O. (2008). Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley ; 2008 ; 21-33.

Synthèse de la 2^{ème} partie.

Dans cette 2^{ème} partie, nous avons présenté une étude validant la version française du SCID-D comme un instrument valable pour le diagnostic des TD selon le DSM-5 et la CIM-11. Ainsi les cliniciens et chercheurs francophones ont à disposition un instrument reconnu par de nombreuses études précédentes dans différents pays, et, de plus, dans sa plus récente version adaptée au DSM-5 et à la CIM-11.

Le SCID-D est un entretien semi-structuré qui nécessite des connaissances sur les TD et sur l'instrument lui-même. Il permet un processus diagnostique élaboré et validé qui nécessite néanmoins de suivre la singularité du patient. Les présentations cliniques des TD peuvent être très diverses, mais les fondements sous-jacents peuvent être conceptualisés de manière assez stable par la TDSP.

C'est sans doute dans la distinction entre ATDS-1 / TDI partiel, TPB, TSPT complexe que davantage de recherches sont nécessaires pour assister les cliniciens dans leur tâche de diagnostic et d'évaluation. Par ailleurs un double diagnostic est possible et autorisé.

Les processus diagnostiques structurés sont indispensables à une pratique clinique de qualité. Néanmoins, il faut parfois savoir s'en éloigner pour saisir au mieux la singularité du patient TD et l'originalité de la présentation clinique, à condition de se baser sur une théorie solide et des interventions thérapeutiques rigoureuses. Comme le dit Nijenhuis (2015b, p.7) « les évaluations et les jugements "objectifs" ne sont pas "objectifs". Ils impliquent une relation sujet-objet, une relation "je - objet", car le sujet et l'objet existent et fonctionnent l'un par rapport à l'autre. Les scientifiques sont des sujets, et non des enregistreurs objectifs d'une "réalité" qui existe indépendamment. » Quand bien même les théories sont des outils imparfaits tentant tant que bien que mal de décrire les phénomènes avec lesquels nous sommes en interaction, il est utile et nécessaire de se baser sur des concepts répondant aux critères de sensibilité et spécificité.

Nous avons démontré qu'il est possible d'associer à la fois rigueur et complexité dans le diagnostic des TD. Ce sont des concepts clairs qui permettent aux

cliniciens de suivre la singularité créative et unique de chaque patient pour comprendre leur état psychique.

Nous allons maintenant pouvoir passer à la 3^{ème} partie centrée sur la psychothérapie des TD.

3^{ème} PARTIE

SURMONTER

LES TROUBLES DISSOCIATIFS

CONTENU DE LA 3^{ÈME} PARTIE : TRAITEMENT DES TROUBLES DISSOCIATIFS

3.1. Face au chemin tortueux de la psychothérapie des troubles dissociatifs: l'Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie

ARTICLE: Version française adaptée de l'Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI)

3.2. Principes généraux du traitement des troubles dissociatifs

3.2.1. Le traitement par phases

3.2.2. Le concept d'intégration selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

3.2.3. Atteindre l'intégration des souvenirs traumatiques: synthèse et réalisation (personnification et présentification)

3.3. Une approche phénoménologique du traitement des troubles dissociatifs

3.3.1. Pacing et leading

3.3.2. Explorer la dissociation structurelle

3.3.3. L'utilisation de symboles

3.3.4. L'utilisation de l'imagerie

3.4. Favoriser le changement

3.4.1. Les changements de fond qui vont favoriser la thérapie

3.4.2. Monter dans la hiérarchie des tendances à l'action

3.5. La stabilisation des symptômes dissociatifs

ARTICLE : Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique : interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives

Stabilisation : Données cliniques additionnelles

3.6. Intégrer les souvenirs traumatiques et les parties dissociatives

ARTICLE : Synthesis and realization (Personification and presentification: the psychological process of integration of traumatic memories in EMDR psychotherapy

ARTICLE psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: a case study

ARTICLE: Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration.

ARTICLE : When the therapist's traumas emerge in a psychotherapy session: the use of trauma-related countertransference

3.7. Données cliniques complémentaires sur l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives.

3.7.1. Synthèse guidée avec la technique de l'observateur

3.7.2. Synthèse fractionnée chez une patient TDI

3.7.3. Synthèse et réalisation guidée, soutenue par l'EMDR

3.7.4. Intégration des souvenirs traumatiques et fusion des parties dissociatives

Synthèse de la 3^{ème} partie.

Olivier Piedfort-Marin, Deborah Wisler, Marie-Eve Piot, Danièle Spagnoli

Version française adaptée de l'Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI).

Publié en 2017 dans la *Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation*, 1, 241-253

Olivier Piedfort-Marin

Synthesis and realization (personification and presentification): the psychological process of integration of traumatic memories in EMDR psychotherapy.

Publié en 2019 dans le *Journal of EMDR Practice and Research*, 13-1, 75-87.

Olivier Piedfort-Marin

Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique :

Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives.

Publié en 2016 dans la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*.
Vol 21(2). 4-21.

Olivier Piedfort-Marin

Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study.

Publié dans le *European Journal of Trauma and Dissociation* (2019)

Olivier Piedfort-Marin

Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration

En soumission

Olivier Piedfort-Marin

When the therapist's trauma emerge in a psychotherapy session: the use of trauma related countertransference.

Publié en 2019 dans le *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 181-189.

3.1. Face au chemin tortueux de la psychothérapie des troubles dissociatifs : l'Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie.

Plus le cas de TD est complexe, plus la psychothérapie est tortueuse, faite de rebondissements, de moments de désespoir, avant de retrouver des raisons d'espérer, et parfois de désespérer de nouveau. Il est difficile de « tenir bon » sur une telle route difficile et souvent longue voire très longue. Les lignes directrices éditées par l'ISSTD (2011) sont une aide précieuse pour les thérapeutes. Néanmoins, d'expérience, on peut tout de même vite perdre le fil, pris par les difficultés de la stabilisation ou du travail d'intégration des souvenirs traumatiques, par les aléas douloureux de la vie de ces patients ayant un TD sévère (divorce, perte de travail, non-reconnaissance par les assurances, problèmes financiers, dysfonctionnement familial, hospitalisations, etc.). Il nous semble que l'échelle DTMI (Dimension of Therapeutic Movement Instrument) développée par Kluft (1994a, 1994b) est une aide précieuse. Avec des collègues nous l'avons traduite en français, puis testée, et y avons fait plusieurs adaptations basées sur la TDSP. C'est une aide précieuse qui « pousse » le thérapeute à faire le point de situation chaque mois sur les domaines les plus importants d'une thérapie de TD complexe.

Nous avons décidé de présenter cet article en premier dans cette 3^{ème} partie ciblant le traitement des TD parce que cette échelle permet aux cliniciens de porter leur attention et leurs interventions – dès les premiers entretiens – sur les points essentiels de la thérapie.

Nous présentons cet article dans les pages suivantes.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Version française adaptée de l'Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI)



A French adapted version of the Dimensions of Therapeutic Movement Instrument (DTMI)

Olivier Piedfort-Marin ^{a,*}, Deborah Wisler ^b, Marie-Eve Piot ^c, Danièle Spagnoli ^d

^a Institut Romand de Psychotraumatologie-IRPT, avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Suisse

^b Therapeutic Center Les Toises, Lausanne, Suisse

^c Private practice, Lausanne, Suisse

^d Centre hospitalier universitaire vaudois, Rehabilitation Unit, Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 23 mai 2017
Accepté le 29 mai 2017

Mots clés :
Trouble dissociatif
Psychothérapie
Évaluation
Dissociation structurelle
DTMI

Keywords:
Dissociative disorder
Psychotherapy
Evaluation
Structural dissociation
DTMI

RÉSUMÉ

Introduction. – Le DTMI (Dimensions of Therapeutic Movement Instrument ; Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP) a été développé par Kluff dans le but d'évaluer l'évolution de la psychothérapie des patients souffrant de troubles dissociatifs sévères. L'EEAP consiste en l'évaluation mensuelle de 12 dimensions, chacune avec des items descriptifs prédéfinis.

Objectif. – Traduire en français et adapter l'EEAP en prenant en considération la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

Méthode. – Rencontres mensuelles sur une période de 18 mois pour développer et tester la version adaptée de l'EEAP dans une situation clinique.

Résultats. – La version adaptée de l'EEAP a maintenant 16 dimensions et offre la possibilité de rapporter des données sur les événements stressants et le contre-transfert.

Conclusion. – Nous recommandons l'utilisation de la version adaptée de l'EEAP dans la pratique clinique et en recherche.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. – The Dimensions of Therapeutic Movement Instrument (DTMI) was developed by Kluff with the aim to assess the evolution of the psychotherapy of patients suffering from severe dissociative disorders. The DTMI consists of the monthly evaluation of 12 dimensions with pre-defined descriptive items.

Objective. – To adapt the DTMI, taking into consideration the theory of structural dissociation of the personality.

Method. – Monthly meetings over 18 months to develop and test the adapted DTMI in a clinical setting.

Results. – The adapted DTMI has now 16 dimensions and the possibility to report data on stressful events and counter-transference issues.

Conclusion. – We recommend the use of the adapted version of the DTMI in clinical setting and research.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le DTMI (Dimension of Therapeutic Movement Instrument, Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP) a été développé par Richard Kluft (1994a, 1994b) dans le but d'évaluer l'avancée de la thérapie des patients présentant des troubles dissociatifs sévères ou d'autres troubles post-traumatiques complexes, et d'étudier la trajectoire de leur traitement. L'objectif principal de Kluft était d'avoir un outil pour une utilisation clinique, permettant aux psychothérapeutes de monitorer les traitements de tels patients de manière structurée et en se basant sur des domaines prédéfinis. Les psychothérapies de patients avec un trouble dissociatif de l'identité (TDI) ou un autre trouble dissociatif ou encore un autre trouble post-traumatique sévère sont complexes et longues. Les symptômes particuliers de ces patients ainsi que leur vie souvent difficile ou chaotique font qu'il peut être très difficile pour les cliniciens de rester attentifs à tous les facteurs impliqués dans de tels traitement et à toutes les composantes d'une psychothérapie menée selon les règles de l'art et les recommandations internationales (p.ex. ISSTD, 2011). Les bilans sur l'avancement des thérapies des patients souffrant de troubles dissociatifs sévères se font le plus souvent lors de supervisions. Par la création du DTMI Kluft répondait à un besoin de structurer la supervision, non pas pour évaluer le supervisé, mais pour aider superviseur et supervisé à considérer une globalité de facteurs dans le bilan qui se fait lors d'une supervision. Cet outil s'avère aidant aussi en dehors des supervisions et permet aux cliniciens de faire des bilans mensuels très utiles, voire indispensables du déroulement du traitement. A notre connaissance cet outil n'a pas fait l'objet d'étude de validité.

Il nous est paru important de mettre cet outil à disposition des collègues francophones. Néanmoins, en le traduisant, nous nous sommes rendus compte que des adaptations et modifications pouvaient être utiles et enrichir le DTMI original. Après une première traduction nous nous sommes donc réunis chaque mois sur une période de 18 mois dans le but de tester la traduction française et notre pratique du DTMI avec nos patients respectifs. Nous avons intégré une dimension supplémentaire proposée par Hoffman, Gast, Matthes et Huber (2004) lors de la traduction du DTMI en allemand. En outre nous avons rajouté de nouveaux domaines qui nous paraissaient importants et utiles d'intégrer au DTMI, influencés par les travaux de Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2010). Notre pratique de l'EEAP confirme l'utilité de ces adaptations. Nous présentons dans

cet article l'Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – version française modifiée (EEAP-VFM).

1. Construction du DTMI

Kluft a construit le DTMI comme un instrument que le clinicien remplit lui-même mensuellement pour ses propres patients. Le DTMI original est composé de 12 dimensions :

1. Alliance thérapeutique,
2. Intégration,
3. Capacité pour un changement adaptatif,
4. Gestion des situations perturbantes de la vie,
5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion,
6. Contrôle de la mise en danger de soi,
7. Qualité des relations interpersonnelles,
8. Besoin de médicaments,
9. Besoin de soins hospitaliers,
10. Résolution des problèmes transférentiels,
11. Contacts entre les séances,
12. Bien-être subjectif.

Pour chaque dimension, six items descriptifs sont proposés permettant de coter le patient sur une échelle de Lickert allant de 0 à 5 selon l'item qui décrit le mieux le patient dans le mois écoulé. Kluft conseille de ne pas partager cette évaluation avec les patients sans en donner ses raisons. Il est possible qu'il veuille ainsi éviter que cela puisse influencer les patients. Le clinicien fait ainsi chaque mois un bilan de l'avancée du traitement en se basant sur des items prédéfinis, ce qui limite les biais. Les différents domaines évalués sont une aide précieuse aux cliniciens. Hoffman, Gast, Matthes et Huber (2004) ont rajouté la dimension *Fonction* qui évalue la capacité du patient à fonctionner dans la vie quotidienne.

2. Élaboration de la version française

Nous avons traduit la version originale sans la soumettre à une traduction inverse du français à l'anglais, la raison majeure étant l'absence de budget pour

une telle dépense. Par ailleurs il s'agit d'un outil clinique utilisé par le/la thérapeute par rapport à ses propres patients. La pratique clinique des auteurs sur 18 mois a permis d'affiner la traduction pour en arriver à la version actuelle.

Pour la dimension *Besoin de médicaments*, nous nous sommes heurtés à une importante difficulté à catégoriser nos patients dans les différents items proposés par Kluft. Il est possible que des différences dans l'utilisation de médicaments psychotropes entre les USA et l'Europe (en tout cas l'espace francophone européen) explique le problème que nous avons rencontré. Une évolution de l'utilisation des médicaments psychotropes depuis le début des années 1990 est une autre explication possible. Nous avons donc décidé de nous inspirer des items originaux mais en intégrant des modifications substantielles dans le but d'une application la plus aisée possible pour les cliniciens. Notre pratique confirme la meilleure clarté et utilité des items ainsi modifiés. Pour la dimension *Résolution de phénomènes transférentiels*, nous avons enrichi les côtes maximale et minimale d'un exemple afin d'aider les cliniciens dans la compréhension de cette dimension.

Le DTMI original utilise une échelle de Lickert à 6 points (de 0 à 5). Néanmoins nous avons été fréquemment confrontés à des évaluations lors desquelles le patient ne correspondait ni à un item inférieur ni à l'item directement supérieur, ce qui amenait à l'utilisation de demi-points. Il nous a donc semblé plus pratique et confortable d'utiliser une échelle à 11 points (de 0 à 10).

3. Nouvelles dimensions

Après plusieurs mois d'utilisation du DTMI dans sa forme originale traduite, nous nous sommes rendus compte que certains aspects manquaient, aspects qui nous semblent importants pour évaluer l'évolution de la thérapie de patients présentant des troubles dissociatifs sévères. Nous avons donc créé de nouvelles dimensions et leur pratique sur plus d'un an s'est avérée utile au niveau clinique. Il s'agit de deux dimensions cotées sur la même échelle de Lickert avec des items descriptifs pré-définis (*Réalisation* et *Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances*), de la dimension *Sous-Système d'action* qui permet d'indiquer les sous-systèmes d'action mis en œuvre par le patient pendant la thérapie, et des domaines *Éléments stressants* et *Éléments contre-*

transférentiels pour lesquels le clinicien inscrit sur la feuille de cotation ses observations à ce sujet.

4.1. Réalisation

La réalisation est un processus central dans l'intégration des mémoires traumatiques. La réalisation comprend la personnification et la présentification (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). La personnification est la capacité pour le patient à ressentir qu'il a vécu ses événements traumatiques, à « s'approprier ses expériences » (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010, p. 200). Dans le cadre d'un trouble dissociatif, c'est le plus souvent une ou plusieurs parties dissociatives qui portent les éléments du vécu de l'événement traumatique, mais pas d'autres parties. Dans les troubles dissociatifs « chaque partie dissociative personnifie certaines actions [d'une même expérience traumatique] et certaines expériences [traumatiques], mais considère les autres expériences, y compris une ou plusieurs autres parties de la personnalité, comme « non-moi » jusqu'à un certain point » (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010, p. 201). Pour arriver à une personnification optimale, le patient dissocié, dans son état adulte, c'est-à-dire en tant que partie apparemment normale de la personnalité (selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010), doit personnifier les actions et expériences dissociées qui sont portées par d'autres parties dissociatives, pour faire siennes ces expériences vécues. Le patient se développe ainsi progressivement en un système unifié intégré. La présentification « consiste à être fermement ancré dans le présent, tout en intégrant son passé, son présent et son futur » (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010, p. 28). La présentification fait référence à la capacité du patient à intégrer que les événements ont eu lieu dans le passé et qu'ils sont terminés, qu'il peut être et agir dans le moment présent. Le but ultime de la thérapie est atteint lorsque la personne a complètement réalisé dans son état adulte les traumatismes auxquels elle a survécu. Il s'agit d'un processus dynamique qui comportent différents degrés. Les auteurs se sont basés sur leurs expériences pour élaborer les items de cette dimension. Cela permet au clinicien de réfléchir régulièrement où se situe le patient dans ce processus long et difficile. La dimension *Réalisation* peut avoir des points de recoupement avec la dimension *Intégration*. Néanmoins cette nouvelle dimension affine l'évaluation de processus centraux dans le traitement de ces troubles. Alors que la dimension *Intégration* cible le travail avec les parties,

la dimension *Réalisation* cible le lien entre le patient dans sa partie apparemment normale de la personnalité et les traumatismes. Lorsqu'un patient avec un TDI ou un autre trouble dissociatif sévère entre dans la phase de personnification il arrive fréquemment que cela le déstabilise au niveau émotionnel, amenant à une baisse du score sur d'autres dimensions.

4.2. Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances

Le degré d'autonomie des patients dans la gestion de leurs symptômes est un important facteur d'amélioration dans le traitement des patients avec un trouble dissociatif sévère. L'utilisation de techniques variées sert cet objectif. Parmi les techniques que les patients peuvent utiliser entre les séances pour gérer leurs symptômes il peut être utile de distinguer les techniques intégratives des techniques non-intégratives (Piedfort-Marin, 2016). En effet deux approches existent concernant la gestion des symptômes chez les patients dissociatifs. La gestion intégrative prend en considération la structure dissociative de la personnalité et la présence d'un système interne divisé, et vise l'intégration progressive des parties dissociatives. Lorsqu'on se base sur la théorie de la dissociation structurelle, on s'adresse à un système formé par la partie apparemment normale (PAN) et des parties émotionnelles (PE) (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). Il faut alors prendre en considération les relations systémiques au sein de la personnalité entre toutes les parties dissociatives, et garder à l'esprit que les symptômes sont l'expression d'une ou plusieurs parties, ou d'un conflit entre deux ou plusieurs d'entre elles. Les techniques de stabilisation ciblant le système interne dans son ensemble (PAN et PEs) ont une fonction intégrative dans la mesure où elles visent à long terme l'intégration des parties dissociatives, y compris quand on n'aborde pas encore directement le travail sur les traumatismes. Des techniques intégratives pour la gestion des symptômes chez des patients dissociatifs sont proposées par exemple par Phillips et Frederik (2001), Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2010), Boon, Steele et van der Hart (2014) et Nijenhuis (2017).

La gestion non-intégrative propose de gérer les symptômes du patient comme s'il s'agissait de sa propre expression maladaptée, et est basée sur l'idée d'un être humain unifié, sans tenir compte d'une division interne. Elle ne vise pas (ou pas directement) l'intégration des parties dissociatives. En présence d'une

dissociation structurelle, cette seconde approche permettra la stabilisation de la seule PAN. Cela peut avoir l'avantage de renforcer les ressources de la PAN en vue d'une future confrontation aux PEs, mais cela peut avoir dans certains cas l'inconvénient de renforcer la PAN dans ses évitements des mémoires traumatiques et du contact avec les PEs. Des techniques non-intégratives sont proposées par exemple par Linehan (2000), ainsi que par Ford et Russo (2006, technique de focusing SOS - Slow down, Orient yourself). Un certain nombre de patients peuvent ainsi améliorer leur état général, mais la structure dissociative reste inchangée puisque non traitée, et les symptômes peuvent réapparaître dès que le niveau d'énergie du sujet baisse, ou sous l'effet d'un stress ou de la réactivation d'une mémoire traumatique.

Selon le comité d'experts de l'ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011), les techniques intégratives devraient être utilisées si possible dès la phase de stabilisation et de réduction des symptômes, mais nombreux sont les patients et patientes qui évitent ces techniques tout comme ils évitent le contact avec leur monde intérieur et les parties dissociatives. Dans une évolution optimale, le traitement devrait permettre au patient d'utiliser de manière autonome entre les séances des techniques qui lui sont utiles, et de passer rapidement de l'utilisation de techniques non-intégratives à celle de techniques intégratives. Cette nouvelle dimension de l'EEAP permet d'évaluer le degré auquel le patient s'implique dans l'utilisation de techniques (si possible intégratives) pour gérer ses symptômes, ainsi que son autonomie à utiliser ces techniques, des facteurs à fort impact sur l'évolution de la psychothérapie et son succès.

4.3. Systèmes d'action

Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2010) ont défini les systèmes d'action comme « des systèmes psychobiologiques qui forment la personnalité » (p. 17). Il existe deux principaux systèmes d'action comprenant des sous-systèmes d'action visant des objectifs plus spécifiques. La première catégorie permet l'approche de stimuli attirants (avec des sous-systèmes d'action favorisant principalement la vie au quotidien avec les deux grands thèmes que sont la gestion de l'énergie et des relations sociales : nutrition, sommeil, exploration, reproduction, engagement social, etc.). La seconde catégorie permet l'évitement des stimuli aversifs et de

menace (gestion du danger) avec les sous-systèmes de fuite, attaque, soumission, etc.

Le traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs sévères devrait promouvoir l'utilisation de sous-systèmes d'action qui favorisent l'approche de stimuli attirants comme l'exploration, la collaboration et l'engagement social (Nijenhuis, 2016, sous presse). Ces systèmes d'action permettent une meilleure évolution de la thérapie. Néanmoins les patients avec un passé traumatique chronique tendent à utiliser dans leur quotidien, et donc en thérapie, des sous-systèmes d'action en lien avec le sentiment de menace, comme l'évitement, l'agression ou la soumission. Accéder à l'objectif élevé qu'est l'utilisation des sous-systèmes d'action de collaboration ou d'exploration peut prendre du temps. Une évaluation mensuelle des sous-systèmes d'action utilisés par le patient pendant les séances de thérapie permet de maintenir l'attention du clinicien sur cet objectif à travers les phases difficiles du traitement.

Le clinicien évaluera les deux sous-systèmes d'action les plus souvent utilisés par le patient dans le mois écoulé en les cotant par (1) pour le sous-système le plus utilisé et par (2) pour le deuxième le plus souvent utilisé. Voici des exemples et commentaires pour chaque sous-systèmes d'action.

- Evitement – fuite : par exemple, éviter d'aller aux séances de thérapie, éviter de changer, éviter de pratiquer des techniques qui pourraient être aidantes.
- Soumission : par exemple, lorsque le patient obéit passivement aux conseils du thérapeute.
- Agression : par exemple, attaquer verbalement le thérapeute lorsque le patient a peur de tenter un nouveau comportement.
- Attachement / pleurs d'attachement : par exemple, lorsque le patient ou une ou plusieurs parties dissociatives s'attachent au thérapeute en cherchant une compensation aux attachements perturbés du passé.
- Jeu : une certaine dose de ce sous-système d'action peut être utile, par exemple pour accepter des défis de changement présentés de manière ludique. Une dose excessive de ce sous-système peut être un signe d'évitement. Il convient d'être attentif à ce que le jeu ne soit pas une remise en scène de comportements d'évitement ou de fuite que le patient avait mis en œuvre lors des traumatismes.

- Exploration : capacité de découvrir le monde environnant, d'explorer l'inconnu. Par exemple, explorer les symptômes en cherchant à les comprendre (plutôt qu'à vouloir les banaliser ou éviter de les comprendre) ; explorer ce que les parties dissociatives veulent communiquer ; explorer le fonctionnement de nouveaux comportements.
- Engagement social / collaboration : capacité de s'engager dans une relation collaborative saine avec le thérapeute, sans besoin d'attachement excessif. Ce sous-système facilite l'exploration.

4.4. Événements stressants

Il nous semble utile de relever les événements stressants qui ont pu avoir lieu dans la vie du patient le mois écoulé. Ils peuvent expliquer en partie l'évolution du score sur un certain nombre de dimensions de l'EEAP. Il peut aussi être utile d'observer une baisse du score à l'EEAP sans que le patient n'ait dû faire face à un événement stressant, ou au contraire que des événements stressants n'ont pas eu d'impact sur le score à l'EEAP. Par ailleurs certains événements stressants ou traumatiques que les patients peuvent vivre dans leur vie alors qu'ils sont en traitement peut avoir un impact sur le contre-transfert du thérapeute.

4.5. Contre-transfert

Le contre-transfert est une composante importante dans le traitement des patients gravement traumatisés. En outre avec les patients souffrant d'un TDI le clinicien peut faire face à un contre-transfert multiple souvent difficile à déceler. La traumatisation vicariante, l'introjection et l'activation chez le thérapeute de ses propres mémoires traumatiques sont des problématiques contre-transférentielles pouvant amener à des difficultés ou des blocages dans le traitement. Développer plus en détail cet aspect du traitement dépasse le cadre de cet article. Nous considérons qu'il peut être utile, voire indispensable, pour tout clinicien de porter son attention sur son contre-transfert. Son observation mensuelle au moyen de l'EEAP est un bon moyen de donner un minimum d'espace à ces questions importantes.

5. Vignettes cliniques

Nous allons présenter plusieurs vignettes cliniques afin d'illustrer l'utilité de l'EEAP. Les initiales des patientes sont fictives et certains détails de l'anamnèse ont été modifiés pour garantir l'anonymat.

Mme A. est une patiente de 30 ans, atteinte d'un Autre trouble dissociatif spécifié (anciennement Trouble dissociatif non spécifié) selon le DSM-5 (APA, 2015), d'un trouble de personnalité et d'une intelligence limite suite à des problèmes neurologiques à la naissance. Elle a vécu des violences sexuelles intra-familiales sur une longue période avant d'être placée en foyer où elle a vécu d'autres violences. Elle a aussi été violée à plusieurs reprises à l'âge adulte de la part d'inconnus. Ses troubles d'attachement sont sévères et ses capacités intellectuelles limitées, ce qui rend la psychothérapie difficile et à bas seuil. La patiente demande sans cesse des assurances inadéquates à sa thérapeute qui peut recevoir plusieurs téléphones par jour dans les périodes de crises. La feuille de cotation à l'EEAP de Madame A. (figure 1) met en évidence que la thérapie se situe dans la phase de stabilisation, comme le montre aussi le score très bas du domaine *Intégration*. L'*Alliance thérapeutique* est certes assez bonne mais le score très bas à la *Résolution des phénomènes transférentiels* illustre les troubles de l'attachement. Les *Contacts entre les séances* démontrent néanmoins une amélioration de la relation thérapeutique par rapport aux années précédentes.

On observe tout de même une bonne stabilité dans les *Besoins de médicaments* et les *Besoins de soins hospitaliers*. Les scores bas aux domaines *Gestion des situations perturbantes de la vie*, *Bien-être subjectif* et *Fonction* démontrent le faible niveau de fonctionnement général de cette patiente. Les scores aux domaines *Capacités pour un changement adaptatif* et *Utilisation des techniques hors séances* montrent que la patiente n'a pas encore atteint un niveau suffisant d'autonomisation et de mise en œuvre au quotidien de l'apport de la thérapie. Madame A. utilise principalement le sous-système d'action *Attachement* pendant la thérapie, ce qui correspond bien à son trouble de l'attachement sévère. Mais la patiente peut se montrer revendicatrice et agressive, par exemple lorsque la thérapeute prend des vacances à Noël, période qui réactive des situations familiales traumatiques.

NOM : Madame A.		Année : 2016											
DIMENSIONS	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Alliance thérapeutique	6	6	6	6	7	6	6	7	8	7	6	6	
2. Intégration	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	
3. Capacité pour un changement adaptatif	3	3	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	
4. Gestion des situations perturbantes de la vie	1	2	2	3	3	2	4	4	5	4	4	2	
5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion	2	2	2	3	4	2	3	3	3	4	4	2	
6. Contrôle de la mise en danger de soi	6	7	7	7	6	4	8	6	8	8	6	4	
7. Qualité des relations interpersonnelles	4	4	5	6	6	4	6	5	6	6	5	5	
8. Besoin de médicaments	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
9. Besoin de soins hospitaliers	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
10. Résolution des phénomènes transférentiels	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11. Contacts entre les séances	5	7	8	8	7	7	8	7	8	7	6	5	
12. Bien-être subjectif	1	1	2	2	1	0	1	1	3	3	5	3	
13. Fonction	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	
14. Réalisation	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	
15. Utilisation techniques hors séances	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
SCORE TOTAL	53	57	62	67	66	56	70	65	74	72	70	57	
MOYENNE	3.5	3.	4.	4.	4.	3.	4.	4.	4.	4.	4.7	3.8	
16. Sous-système d'action													
Evitement-fuite	2		2	2	2			2					
Soumission		2					2		2	2			
Agression						2					2	2	
Attachement	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Jeu													
Exploration													
Engagement social / collaboration													
Événements stressants	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">difficultés amoureuses</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Tensions familiales importantes</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Rupture sentimentale</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Changement médication</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Nouvelle rencontre</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Rupture relation avec mère</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">vacances du thérapeute</div> </div>												
Eléments contre-transférentiels	<p>Sur toute l'année : sentiment de collaboration saine ponctuée de périodes de désespoir face à la fragilité de la patiente.</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Sentiment d'intrusion, agacement</div>												

Fig. 1. Cotation EEAP de Mme A.

La cotation de l'EEAP sur une période d'une année illustre que cette patiente est dans la phase de stabilisation du traitement. La relation thérapeutique doit encore progresser, ainsi que l'autonomisation de la patiente. La cotation régulière de l'EEAP a parfois découragé sa thérapeute parce que cela mettait au clair le niveau de fonctionnement particulièrement bas de Mme A., quand bien même la thérapeute en était consciente. La cotation mensuelle a néanmoins permis à la thérapeute de garder le cap sur les objectifs thérapeutiques qui amenaient des progrès : le travail avec les parties dissociatives et l'autonomisation de la patiente.

Madame B. est une femme de 50 ans souffrant d'une Autre trouble dissociatif spécifié (anciennement Trouble dissociatif non spécifié) et d'abus de substances sévère. Les consommations régulières de substances servent à une régulation mal adaptée de symptômes post-traumatiques et dissociatifs. Dès son jeune âge elle vécut des maltraitances physiques et psychologiques sévères de la part de sa mère atteinte de troubles psychiatriques sévères, ainsi que de maltraitances psychologique de la part de son père. Violée à plusieurs reprises à l'adolescence par un voisin, elle fut renvoyée du foyer familial et vécut dans la rue avant d'intégrer un programme d'aide sociale. La figure 2 présente les scores à l'EEAP de Madame B. On remarque qu'elle est dans la phase de stabilisation et présente une fragilité certaine, comme en témoignent les scores assez bas aux domaines *Bien-être subjectif*, *Fonction*, et le score moyen au domaine *Gestion des situations perturbantes de la vie*. Le score nul sur toute l'année au domaine *Intégration* confirme que la patiente est loin de pouvoir entamer la phase d'intégration des parties dissociatives, quand bien même elle a atteint une certaine réalisation cognitive de ses traumatismes (domaine *Réalisation*). Les scores élevés aux domaines *Alliance thérapeutique*, *Résolution des problèmes transférentiels* et *Contacts entre les séances* démontrent une relation de travail bonne et stable entre la thérapeute et la patiente.

Le score moyen pour la *Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion* associé à un score bas à l'*Utilisation des techniques hors séances* et à des *Sous-systèmes d'action* changeants sont concordants avec l'instabilité émotionnelle de la patiente et les nombreux symptômes dissociatifs pour lesquels elle n'a pas encore atteint un degré de contrôle satisfaisant. Sur l'année on observe une tendance du score total : amélioration jusqu'en août puis péjoration menant à une hospitalisation en décembre.

NOM : Madame B.		Année : 2016											
DIMENSIONS	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Alliance thérapeutique	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
2. Intégration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. Capacité pour un changement adaptatif	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
4. Gestion des situations perturbantes de la vie	6	4	4	6	4	6	6	6	4	5	4	4	
5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	
6. Contrôle de la mise en danger de soi	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	4	
7. Qualité des relations interpersonnelles	5	6	6	6	7	8	8	8	8	8	8	7	
8. Besoin de médicaments	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
9. Besoin de soins hospitaliers	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	
10. Résolution des phénomènes transférentiels	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
11. Contacts entre les séances	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
12. Bien-être subjectif	4	2	2	4	6	4	5	5	2	2	2	1	
13. Fonction	3	2	2	3	3	3	4	4	3	4	3	3	
14. Réalisation	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
15. Utilisation techniques hors séances	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	
SCORE TOTAL	84	78	79	82	83	83	87	87	79	82	77	73	
MOYENNE	5.6	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.1	4.9	
16. Sous-système d'action													
Evitement-fuite		2	1	1							1	1	
Soumission					1	2				2	2		
Agression												2	
Attachement													
Jeu													
Exploration	1	1	2				1	1	2				
Engagement social / collaboration	2			2	2	1	2	2	1	1			
Événements stressants						Problèmes de santé avec examens médicaux	Problèmes de santé avec examens médicaux				Problèmes relationnels et avec l'assurance invalidité	Non-reconnaissance par le père des	
Eléments contre-transférentiels												Évitement et agacement	
Sur toute l'année : sentiment de collaboration positive.													

Fig. 2. Cotation EEAP de Mme B.

La cotation à l'EEAP a permis à la thérapeute de mieux se concentrer sur des objectifs permettant d'œuvrer vers plus de stabilité dans la gestion des symptômes dissociatifs, renforcée par le constat objectif d'une bonne relation thérapeutique.

Madame C. est une patiente de 55 ans, en traitement depuis 15 ans pour un TDI associé à un trouble de personnalité borderline (TPB) en rémission. La cotation de l'EEAP de cette patiente est présentée dans la figure 2. Madame C. a vécu des violences sexuelles intra-familiales et de la négligence sévère pendant toute son enfance et adolescence. Le TDI a été diagnostiqué tardivement après des années de thérapies diverses pour des troubles psychiques variés. Madame C. se trouve actuellement en pleine phase d'intégration des parties dissociatives et des traumatismes, comme en témoignent les scores aux domaines *Intégration* et *Réalisation*. Ce travail difficile est possible parce que le TPB est en rémission, comme en témoignent les scores élevés aux domaines *Alliance thérapeutique*, *Résolution des phénomènes transférentiels* et les sous-systèmes d'action utilisés (exploration et collaboration). Néanmoins on observe une réactivation de traits borderline et une péjoration en particulier sur ces domaines (cotations marquées en rouge sur la figure 2) lorsque le thérapeute lui annonce les congés au mois de septembre de ses deux thérapeutes en même temps. Le travail sur l'intégration des traumatismes et des parties dissociatives d'avère difficile, comme en témoignent les scores assez bas aux domaines *Bien-être subjectif*, *Gestion des situations perturbantes de la vie* et *Fonction*. On observe qu'au mois de juin, alors que le travail d'intégration cible une situation de violence sexuelle vécue à l'âge de 2 ans, le thérapeute est pris par un sentiment de désarroi (ce qui modifie son contact avec la patiente) et parallèlement la patiente change de système d'action pour exprimer soudainement de l'agression face au thérapeute et à la thérapie. Ces réactions contre-transférentielles et transférentielles s'influencent mutuellement. Lorsque le thérapeute en prit conscience et exprima en séance ses sentiments de désarroi et d'horreur, la patiente se calma et reprit une attitude d'exploration et de collaboration, comme l'illustre les cotations du mois de juillet. Ce travail d'intégration est possible ou facilité parce que la patiente présente un bon degré d'autonomie comme en témoignent les scores élevés aux domaines *Alliance thérapeutique*, *Contrôle de la mise en danger de soi*, *Contacts entre les séances* et *Utilisation des techniques hors séances*.

6. Conclusion

Au terme de rencontres mensuelles sur un an et demi, nous nous sommes intéressés à la pratique du DTMI. Nos réflexions et nos pratiques sur cet outil nous ont amené à le modifier, influencés par la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et l'enseignement de Ellert Nijenhuis. Nous proposons donc l'EEAP dans une version française adaptée, version qui a montré une excellente satisfaction dans notre pratique clinique, deux ans après la fin de notre travail d'adaptation.

Nous recommandons vivement l'utilisation de l'EEAP aux cliniciens travaillant avec des patients souffrants de TDI, d'autres troubles dissociatifs sévères et dans certains cas de troubles post-traumatiques complexes. L'évaluation mensuelle que permet la cotation de l'EEAP permet au clinicien de faire un bilan de l'avancement du traitement, et de ses différentes composantes. Elle permet au clinicien de porter son attention sur les points principaux à prendre en considération dans le traitement de tels patients. Mis à part les domaines *Réalisation* et *Systèmes d'action*, clairement ajustés à la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010), l'EEAP peut s'utiliser indépendamment de l'orientation thérapeutique du clinicien et des techniques utilisées. Il s'inscrit néanmoins clairement dans le cadre des recommandations thérapeutiques internationales (ISSTD, 2011).

L'EEAP permet d'évaluer l'état général du patient par les dimensions *Bien-être subjectif*, *Fonction*, ou encore *Besoin de médicaments* et *Besoin de soins hospitaliers*. Mais l'EEAP permet aussi et d'évaluer des processus sous-jacents à l'évolution du traitement : *Alliance thérapeutique*, *Intégration*, *Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion*, *Utilisation des techniques en-dehors des séances* ou encore *Systèmes d'action*.

Cet outil peut être utile lorsque des assurances demandent un rapport circonstancié sur l'évolution du traitement en cours. Dans ces traitements longs, complexes et difficiles, l'EEAP peut permettre d'objectiver l'évolution du traitement à des fins asséurologiques.

Brand et coll. (2009) ont développé un outil d'évaluation avec des objectifs communs à l'EEAP, le Progress in Treatment Questionnaire (PITQ), qui évalue le progrès du traitement des patients ayant un trouble dissociatif. Il est fait de deux questionnaires : le questionnaire du patient est rempli par le patient sur la base

de son évaluation subjective de la semaine écoulée ; le questionnaire du thérapeute est coté sur la base des 6 mois écoulés. Le questionnaire pour le thérapeute est fait d'affirmations comme par exemple « Le patient s'engage dans des comportements auto-dommageables (p.ex. se couper, se bruler) ou des tentatives de suicides ». Le thérapeute cote ces affirmations de 0% (jamais) à 100% (toujours). Le questionnaire pour le patient est fait d'affirmations comme par exemple « je sais que les traumatismes que j'ai vécus n'étaient pas de ma faute ». Le patient les cote de 0% (jamais vrai) à 100% (toujours vrai). Cet outil est basé sur les recommandations de traitement de l'ISSTD (2011). Nous pensons que son utilisation suit des buts différents que ceux de l'EEAP quand bien même les domaines évalués sont similaires. L'utilisation du PITQ suit davantage une démarche de recherche et il a d'ailleurs été fait expressément pour l'étude naturaliste réalisée par Brand et coll. (2009) sur 280 patients souffrant de troubles dissociatifs. Le PITQ permet de coter le patient à un moment donné et de comparer l'évaluation faite par le patient et celle faite par le thérapeute. Par ailleurs quand bien même le PITQ a une bonne validité (Cronbach alpha .94) l'évaluation des items peut être très subjective, voire même aléatoire d'un thérapeute à un autre. Avec ses items pré-définis, la cotation de l'EEAP laisse selon nous moins de place à l'interprétation et les différences individuelles entre thérapeutes sont ainsi plus faibles. Par ailleurs l'EEAP a un clair atout dans l'observation des trajectoires des traitements des patients. L'étude des trajectoires de ces traitements longs et complexes doit faire l'objet de recherches plus poussées pour mieux comprendre les différents types de trajectoire et les mettre en lien avec les différents types de trouble dissociatif.

Par contre il nous semble qu'une étude de validité de l'EEAP s'avère difficile. En effet pour un patient donné l'EEAP ne peut être utilisée que par le thérapeute du patient en question. C'est là sans doute la principale limite de cet outil. Bien sûr un entraînement de groupe à son utilisation peut s'avérer utile pour clarifier les doutes que l'on peut avoir lorsque l'on commence à utiliser cet outil.

L'EEAP est à disposition des chercheurs dans ce domaine en pleine expansion qu'est l'étude des troubles dissociatifs. Son utilisation à grande échelle et sur le long terme pourrait permettre de comprendre les trajectoires des patients et patientes souffrant d'un TDI, par exemple sous la forme d'une étude naturaliste qualitative, en l'associant aux outils d'évaluation psychiatriques standards et aux outils spécifiques à la dissociation et au traumatisme. Il s'agirait alors d'une recherche d'envergure. L'EEAP est donc un apport nécessaire tant pour les

cliniciens que pour les chercheurs francophones dans le champ des troubles dissociatifs complexes.

Annexe 1

Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP - pour les personnes souffrant de trouble dissociatif complexe ou de trauma complexe

Dimensions 1 à 12 : DTMI, Richard Kluff, 1994 ;

Dimension 13 : TES, Hofmann, Gast, Matthess & Huber, 2003.

Traduction, adaptation de la dimension 8 et autres dimensions :

Piedfort-Marin, Wisler, Piot & Spagnoli, 2017.

Consignes :

L'EEAP (DTMI : Dimension of Therapeutic Movement Instrument) permet d'évaluer l'avancée de la thérapie, pas tant au niveau de l'évolution de l'état de santé de la patiente, mais plus au niveau du développement des processus en œuvre dans la thérapie des patients souffrant d'un trouble dissociatif complexe.

L'échelle de Lickert de 0 à 5 a été modifiée pour une échelle de 0 à 10. Cela permet une plus grande variabilité et cela laisse l'évaluateur plus à l'aise dans la cotation. Nous avons fait l'expérience que l'utilisation des demi-points s'avérait fréquente avec une échelle de 0 à 5. L'échelle de 0 à 10 est plus pratique.

Nous recommandons de commencer à partir de la côte du mois précédant et d'évaluer s'il y a eu amélioration ou péjoration sur le domaine donné. Néanmoins il est utile de garder en tête l'ensemble du domaine.

Kluff recommande de ne pas partager cette évaluation avec les patients.

1. Alliance thérapeutique

10. Le patient admet de manière consistante la réalité de sa vie intérieure et extérieure. Il autorise l'accès à toutes ses parties ou états du moi et travaille sur tous les thèmes nécessaires, même lorsque c'est douloureux, au moins dans 80% des séances. Le patient suit les objectifs du contrat thérapeutique.

8. Le patient admet en général la réalité de sa vie intérieure et extérieure. Il autorise l'accès à la plupart de ses parties ou états du moi, ou à toutes avec résistance, et travaille sur la plupart des thèmes nécessaires, même lorsque c'est douloureux, au moins dans 60% des séances. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont rares et mineurs.

6. Le patient nie la réalité de sa vie intérieure et extérieure dans plus de 25% des séances. Il travaille sur certains thèmes mais évite certains thèmes nécessaires, et il évite le travail thérapeutique dans de nombreuses séances. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont soit fréquents soit occasionnellement modéré à sévère.

4. Le patient nie fréquemment la réalité de sa vie extérieure et intérieure. Il refuse l'accès à de nombreuses parties et évite d'aborder des thématiques cruciales. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont significatifs et/ou assez fréquents.

2. Le déni du patient est fréquent et intense. L'accès aux parties se fait de manière intermittente et imprévisible. Le patient refuse fréquemment de faire face à d'importantes thématiques pour des périodes importantes. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont sévères et continus.

0. Statut quo thérapeutique général dû aux manifestations importantes des problèmes énumérés ci-dessus.

2. Intégration

10. Le patient atteint l'intégration finale ou y travaille. Il est en train d'intégrer plus de 25% des parties restantes connues, ou 2 parties ou plus ayant un rôle important dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties.

8. Le patient est en train d'intégrer plus de 10% mais moins de 25% des parties restantes connues, ou il est en train d'intégrer une partie qui joue un rôle majeur dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties.

6. Le patient est en train d'intégrer plus qu'une mais moins de 10% des parties restantes connues, ou une partie qui joue un rôle majeur dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 8, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

4. Le patient est en train d'intégrer une partie. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 6, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

2. Le patient n'intègre aucune partie. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 4, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

0. Le patient n'intègre aucune partie et forme de nouvelles parties et /ou réactive des parties précédemment intégrées.

3. Capacité pour un changement adaptatif

10. Le patient est capable d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives et les met en pratique avec facilité.

8. Le patient est capable d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives et les met en pratique mais avec difficulté et au prix d'un effort considérable.

6. Le patient peut apprendre un petit nombre de stratégies adaptatives et peut atteindre progressivement un certain degré de succès en les mettant en pratique.

4. Le patient peut faire un usage minime de la plupart des stratégies adaptatives nouvelles qu'on lui aura proposées, mais occasionnellement il peut employer l'une ou l'autre stratégie avec un succès modéré.

2. Le patient n'est pas capable d'utiliser de nouvelles stratégies adaptatives.

0. Le patient s'oppose activement et avec succès aux efforts entrepris pour lui transmettre de nouvelles stratégies adaptatives.

4. Gestion des situations perturbantes de la vie

10. Le patient fait face à des situations perturbantes sans régression, rechute, switch (changement d'une partie à une autre) dysfonctionnel, activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ni symptômes post-traumatiques intrusifs.

8. Le patient gère bien les situations perturbantes en général, mais a des épisodes occasionnels de régression passagère, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.

6. Le patient gère les situations perturbantes avec un niveau modéré de succès, mais a fait l'expérience de plusieurs épisodes ou d'épisodes sévères de régression, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.

4. Le patient gère les situations perturbantes avec un niveau de succès inconsistant et souvent problématique, et a eu des épisodes nombreux ou sévères de régression, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.

2. Le patient a un succès minime dans la gestion des situations perturbantes, et répond habituellement par une régression, une rechute, un ou des switchs dysfonctionnels, l'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou des symptômes post-traumatiques intrusifs.

0. De manière prévisible, le patient fait face aux situations perturbantes par une régression, une rechute, un ou des switchs dysfonctionnels, l'activation de perceptions du passé confondues avec le présent. Les symptômes post-traumatiques intrusifs prédominent.

5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion

10. Les parties dissociatives coopèrent volontairement en ne s'engageant dans aucun comportement contre-productif. Elles peuvent donner leur accord pour cela.

8. Les parties coopèrent en ne s'engageant dans aucun comportement contre-productif, mais ce n'est pas fait librement et c'est dû en grande partie par l'insistance active du thérapeute pour arriver à un tel contrôle et une telle limitation. Elles peuvent arriver à donner leur accord à cela mais certaines parties expriment leur réticence.

6. La plupart des parties sont coopérantes mais une ou plus refuse(nt) occasionnellement de donner son/leur accord ou est/sont déterminée(s) à agir de manière irresponsable.

4. Plusieurs parties refusent de donner leur accord ou sont déterminées à agir de manière irresponsable ; ou bien une partie a des comportements perturbateurs majeurs.

2. Les parties refusent de donner leur accord ou sont déterminées à agir de manière irresponsable ; ou bien plusieurs parties ont des comportements perturbateurs majeurs.

0. Beaucoup de parties agissent de manière impulsive sans considération de la personne entière. La conclusion d'un accord est refusée ou niée.

6. Contrôle de la mise en danger de soi (y compris abus de médicaments et de substances)

10. Aucun incident ou pulsion de se faire du mal.

8. Aucun comportement auto-agressif, mais le patient sent parfois une pression de se faire du mal.

6. Un épisode d'auto-agression d'intensité moyenne ou pulsions récurrentes sévères de se faire du mal.

4. Deux incidents d'auto-agression, une tentative de suicide, ou une hospitalisation afin d'éviter de tels épisodes.

2. Trois incidents ou plus d'automutilation, deux ou plus tentatives de suicide, ou deux ou plus hospitalisations pour prévenir de tels épisodes

0. Comportements auto-agressifs chroniques récurrents, et sévères, ou des hospitalisations pour les prévenir.

7. Qualité des relations interpersonnelles

10. Le patient maintient et/ou développe des relations saines et évite des relations qui portent atteinte à la thérapie.

8. Le patient a quelques succès en tentant de maintenir ou de développer des relations saines, et d'éviter les relations qui portent atteinte à la thérapie. Cependant il a des difficultés dans la sélection de compagnes et/ou il a des difficultés de se couper d'anciennes relations problématiques.

6. Le patient fait des efforts pour changer et commence à développer des relations nouvelles et positives, mais principalement il conserve des relations pathologiques. Ou vice-versa. Il peut y avoir quelques problèmes dans l'évaluation de nouvelles relations. Il peut y avoir de l'évitement et/ou un retrait.

4. Le patient est incapable de changer ses schémas relationnels de manière positive, mais se développe dans le sens d'un desserrement de liens dysfonctionnels, ou vice-versa.

2. Le patient est résistant, non intéressé à changer, ou est terrifié par la perspective de changer ses relations.

0. Le patient est oppositionnel, en retrait massif, et/ou conserve et développe seulement des relations pathologiques.

8. Besoin de médicaments

10. En règle générale le patient n'a besoin d'aucune médication ayant une action de fond (comme des antidépresseurs), mais peut avoir besoin d'une médication spécifique pour atténuer certains symptômes passagers, comme p.ex. des problèmes de sommeil ou une anxiété légère.

8. En règle générale le patient pourrait peut-être se passer d'une médication ayant une action de fond (comme des antidépresseurs), mais patient et médecin conviennent de limiter les risques en maintenant cette médication. Par ailleurs le patient peut nécessiter une médication spécifique pour atténuer certains symptômes passagers.

6. Le patient a besoin d'une médication ayant une action de fond pour des symptômes cibles associés à son trouble dissociatif ou trauma complexe. Le patient peut également nécessiter une médication spécifique pour atténuer certains symptômes récurrents passagers comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil. Ou bien, le patient a cessé de lui-même et sans avis médical sa médication de fond (comme des antidépresseurs), sans que l'on remarque une péjoration générale, et n'accepte qu'une médication ciblant certains symptômes (comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil).

4. Le patient a besoin d'une médication régulière mais d'intensité moindre qu'à la cote 2. Le patient n'a besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière que pour gérer une aggravation passagère (au maximum 1 semaine) ou occasionnelle, et il se réfère toujours aux conseils de son médecin pour l'ajustement de la médication. Ou bien : le patient a cessé ou refuse une médication de fond (comme des antidépresseurs) et on remarque une légère péjoration générale, et il n'accepte qu'une médication ciblant certains symptômes (comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil).

2. Le patient a besoin d'une médication régulière et conséquente pour gérer de nombreux et divers symptômes associés au trauma complexe ou au trouble dissociatif. Le patient n'a besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière que pour gérer une aggravation passagère (au maximum 1 mois). Ou bien : le patient a régulièrement besoin de médication supplémentaire à la médication régulière, pour gérer des symptômes devenus hors contrôle. Le patient prend contact avec son médecin traitant pour ajuster le dosage et/ou la médication, ou se réfère aux conseils de son médecin pour la médication en réserve.

0. Le patient a besoin d'une médication régulière et conséquente pour gérer de nombreux et divers symptômes associés au trauma complexe ou au trouble dissociatif, comme des antidépresseurs, des neuroleptiques, des anxiolytiques et des somnifères. Par ailleurs le patient a régulièrement besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière, pour gérer des symptômes devenus hors contrôle. Le patient décide lui-même de cette médication supplémentaire sans en référer à son médecin traitant, ce qui engendre ou pourrait engendrer un surdosage ou d'autres problèmes.

9. Besoin de soins hospitaliers

10. La question d'hospitaliser le patient n'apparaît pas.

8. Le patient n'a pas besoin d'être hospitalisé, mais la question doit être prise en considération au moins une fois.

6. Le patient doit être hospitalisé au moins une fois, et est coopératif à cet égard.

4. Le patient, soit doit être hospitalisé plus d'une fois, soit doit être hospitalisé contre sa volonté.

2. Hospitalisation de plus d'un mois.

0. Le patient épuise ses ressources et/ou doit être transféré dans une institution de traitement à long terme.

10. Résolution des phénomènes transférentiels (tenir compte du transfert multiple)

10. Le patient écoute et travaille avec le matériel transférentiel de manière productive, et il initie l'exploration du transfert. (Exemple: une patiente dit tranquillement au thérapeute que lors de la dernière séance elle a ressenti une colère intérieure contre lui suite à son intervention sur les excès de médicaments, intervention que la patiente a trouvée injuste ; la patiente dit qu'elle a compris que la remarque du thérapeute était justifiée mais que cela a activé une partie dissociative qui a de la colère contre son père qui était régulièrement injuste avec elle).

8. Le patient écoute et travaille avec le matériel transférentiel de manière productive, mais n'initie pas l'exploration du transfert.

6. Le patient est réticent à explorer les nombreux phénomènes transférentiels et peut contester des interprétations allant dans ce sens.

4. Le patient peut explorer quelques thématiques transférentielles avec réticence, mais insiste que d'autres éléments transférentiels représentent de vraies perceptions. Il/elle peut agir sur la base de ses thématiques transférentielles de manière modérée. Cependant il/elle ne prend pas de décision ou n'exerce pas d'action majeure sur la base de ses thématiques transférentielles.

2. Le patient discute quelque peu le transfert, mais habituellement il ne semble pas voir sa qualité « comme si ». Il peut agir de nombreuses manières sur la base de perceptions transférentielles erronées dont certaines sont sévères.

0. Le patient confond régulièrement le transfert avec la réalité actuelle et agit sur la base de telles perceptions erronées. (Exemple en opposition avec l'exemple de la cote 10 : alors que le thérapeute fait

calmement remarquer à une patiente que ses excès de médicaments sont un problème central sur lequel il faut réfléchir en vue d'une solution, celle-ci l'agresse verbalement en lui reprochant d'être injuste avec elle et de ne rien comprendre à ses problèmes.)

11. Contacts entre les séances

10. Le patient n'a pas eu de contact entre les séances.
8. De l'avis du thérapeute, le patient n'a pas eu de contact inapproprié entre les séances.
6. Le patient a eu un contact inapproprié entre les séances
4. Le patient a eu plusieurs contacts inappropriés entre les séances. Un rappel des consignes a été nécessaire
2. Le patient a été extrêmement intrusif par ses contacts inappropriés entre les séances. Cela a rendu nécessaire un rappel des consignes et une mise en place modérée de limites.
0. Le comportement du patient entre les séances a nécessité des interventions très affirmées et/ou répétitives et des rappels de consignes de la part du thérapeute.

12. Bien-être subjectif

On demande au patient d'évaluer son sentiment subjectif de bien-être pour toutes les parties dissociatives pour le mois écoulé, et de décrire ce que représentent pour lui les états de bien-être, bon, mauvais et intermédiaire, se référant aux propositions suivantes. On ne propose pas au patient ces phrases afin qu'il choisisse parmi elles.

10. Habituellement je me sens bien la plupart des jours, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.
8. La plupart de mes journées sont plus bonnes ou neutres que mauvaises, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.
6. A peu près la moitié de mes journées sont bonnes ou neutres, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.
4. Certaines de mes journées sont bonnes ou neutres.
2. J'ai rarement une journée bonne ou neutre.
0. Je n'ai aucune journée bonne ou neutre dans le mois écoulé.

13. Fonction

10. Le patient fonctionne de manière compétente dans tous les domaines importants de la vie sans efforts exagérés ni perturbations.
8. Le patient fonctionne de manière compétente dans tous les domaines importants de la vie, néanmoins au prix d'un gros effort et/ou de perturbations significatives.
6. Le patient fonctionne de manière compétente dans la plupart des domaines importants de la vie, néanmoins au prix d'efforts et de perturbations significatifs
4. Le patient fonctionne de manière compétente dans quelques domaines importants de la vie, mais a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans de nombreux domaines importants de la vie.

2. Le patient fonctionne de manière compétente dans peu de domaines importants de la vie, mais a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans la plupart des domaines importants de la vie.

0. Le patient a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans presque tous les domaines importants de la vie.

14. Réalisation

10. Réalisation pleine (présentification et personnification) de traumatismes connus et de la souffrance associée.

8. Personnification sans présentification de plusieurs traumatismes (personnification par la partie adulte de la souffrance, sans réalisation totale que cela appartient au passé). Et/ou : Réalisation pleine dans le mois écoulé de 1 à 2 traumatismes.

6. Contact régulier avec les émotions principales associées à plusieurs traumatismes.

4. Reconnaissance d'être victime principalement à un niveau cognitif et avec un contact minime avec les émotions associées à un ou plusieurs traumatismes connus.

2. Connaissance de traumatismes mais non reconnaissance d'être victime.

0. Aucune réalisation. Amnésie supposée ou prouvée de traumatismes.

15. Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances

10. Le patient utilise quotidiennement des techniques favorisant l'intégration. Il utilise aussi ces techniques lors de symptômes aigus.

8. Le patient utilise quotidiennement des techniques favorisant l'intégration. Il ne peut par contre pas les utiliser lors de symptômes aigus.

6. Le patient utilise plusieurs fois par semaine des techniques pour gérer ses symptômes. Les techniques intégratives prédominent sur les techniques non-intégratives.

4. Le patient utilise plusieurs fois par semaine des techniques pour gérer ses symptômes. Il privilégie néanmoins les techniques non-intégratives.

2. Le patient utilise parfois des techniques non-intégratives pour gérer certains symptômes.

0. Le patient n'utilise aucune technique spécifique en dehors des séances et ne cherche pas à gérer par lui-même ses symptômes dissociatifs.

16. Sous-systèmes d'action

Noter par « 1 » et « 2 » les deux principaux systèmes d'action à l'œuvre pendant les séances de psychothérapie.

- Evitement – Fuite

- Attachement

- Exploration

- Soumission

- Jeu

- Engagement social /collaboration

- Agression

Annexe 2. Feuille de cotation

**Echelle de l'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP (DTMI adapté)
pour les personnes souffrant de troubles dissociatifs complexes ou de trauma complexe**

Document de cotation

NOM :	Année :											
DIMENSIONS	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Alliance thérapeutique												
2. Intégration												
3. Capacité pour un changement adaptatif												
4. Gestion des situations perturbantes de la vie												
5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion												
6. Contrôle de la mise en danger de soi												
7. Qualité des relations interpersonnelles												
8. Besoin de médicaments												
9. Besoin de soins hospitaliers												
10. Résolution des phénomènes transférentiels												
11. Contacts entre les séances												
12. Bien-être subjectif												
13. Fonction												
14. Réalisation												
15. Utilisation Techniques hors séances												
SCORE TOTAL												
MOYENNE												
16. Système d'action												
Evitement-fuite												
Soumission												
Agression												
Attachement												
Jeu												
Exploration												
Engagement social / collaboration												
Événements stressants												
Éléments contre-transférentiels												

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition. Paris : Elsevier-Masson
- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique : Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. Bruxelles : De Boeck.
- Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., et Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*. 1. p 153–171.
- Hoffman, A., Gast, U. Matthes, H., & Huber, M. (2004). Therapie Einschätzungs Skala TES (nach R.P. Kluft: DTMI – Dimensions of Therapeutic Movement Instrument). In :
- Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Eds.). (2004). *Psychotherapie der dissoziative Störungen*. Stuttgart : Georg Thieme Verlag.
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). A trauma-focused, présent-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction : Target. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 335-355.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD). (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 115-187.
- Kluft, R. P. (1994a). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*. 7 (1), 63-76.
- Kluft, R. P. (1994b). Clinical observations on the use of the CSDS Dimensions of Therapeutic Movement Instrument (DTMI). *Dissociation*. 7(4), 272-283.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène. (Œuvre originale publiée en 1993)
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma : Ignorance, fragility, and control*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control. Volume III, Enactive Trauma Therapy*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Phillips, M., & Frederick, C. (2001). *Psychothérapie des états dissociatifs : Guérir le moi divisé*. Bruxelles : SATAS
- Piedfort-Marin, O. (2016). Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique : Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. Vol 21(2). 4-21.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté*. Bruxelles : De Boeck. (Œuvre originale publiée en 2006)

3.2. Principes généraux du traitement des troubles dissociatifs.

Après avoir présenté l'échelle EEAP et son utilité clinique dans l'article précédent, nous pouvons maintenant nous intéresser de manière plus ciblée à la psychothérapie des TD en tant que telle.

Traiter les TD est un défi pour tout thérapeute, y compris pour les thérapeutes chevronnés. Comme nous l'avons vu, les TD recouvrent des présentations cliniques très différentes. Les cas de TDI sont certainement les plus sévères et certains cas de DP/DR ne sont pas des troubles d'origine traumatique. Le TDI partiel s'avère un trouble souvent complexe à traiter et parfois plus invalidant encore que le TDI. Par ailleurs les nombreuses comorbidités rajoutent de la difficulté au traitement.

Pour pouvoir correctement introduire les articles cliniques que nous présentons dans la suite de cette thèse, il est essentiel de présenter les bases de la psychothérapie des TD. Notre objectif n'est pas de décrire dans le détail tous les aspects de la psychothérapie des TD, cela dépasserait le cadre de cette thèse. Notre objectif est de poser les bases qui permettront au lecteur de s'approprier les articles cliniques qui vont suivre.

Nous allons donc présenter les principes généraux pour le traitement des TD.

3.2.1. Le traitement par phases.

Nombreux sont les auteurs qui recommandent un traitement orienté par phases pour les troubles d'origine traumatique, plus spécifiquement pour les séquelles complexes comme le TSPT complexe ou les TD.

Il s'agit d'un traitement constitué de trois phases qui sont :

1. Phase de sécurisation, stabilisation et réduction des symptômes,
2. Phase ciblant l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives,
3. Phase ciblant la réhabilitation de la personnalité.

Cette vision est soutenue par de nombreux experts aux USA et en Europe depuis les années 1970 (p. ex. Boon, 1997; Cloitre et al., 2011; Courtois, Ford & Cloitre, 2009; Herman 1992; Horowitz, 1973, 1974 ; Kluft, 1999; Phillips & Frederick, 1995; Putnam, 1989; Reddemann, 2008; Ross, 1989; Steele, Boon & Van der Hart, 2017; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989; Van der Hart et al., 2010).

L'International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD, 2011) recommande également un tel traitement orienté par phases pour les TD.

Une étude de Brand et al. (2012) a montré l'intérêt de suivre un traitement par phases pour les patients TDI et ATDS-1.

Comme noté par Reddemann et Piedfort-Marin (2017), en 1987, Hayman et al. ont établi un modèle intéressant en quatre phases pour le traitement des vétérans de la guerre du Vietnam, avec les phases suivantes :

1. Diagnostic et établissement de la confiance ;
2. Stabilisation ;
3. Traitement du traumatisme ;
4. Réintégration.

On voit que la différence est une attention particulière en début de traitement à prendre le temps d'établir une relation de confiance entre le patient et le thérapeute. Cette proposition est basée sur la constatation que leurs patients étaient souvent méfiants à cause de nombreux traitements précédents inadéquats ou inefficaces. Ils soulignent explicitement l'importance de la crainte de leurs patients que les thérapeutes soient dépassés par les expériences, les comportements, la douleur et la culpabilité des patients. Il nous semble que ces observations sont utiles aussi pour nombre de patients TD.

Van der Hart, Steele et Nijenhuis (2017, p.27) proposent aussi un traitement orienté par phases mais de manière plus précise et en lien avec la TDSP, en particulier en clarifiant les types de phobies liées au trauma qu'il convient de dépasser au fur et à mesure du traitement. Leur proposition est la suivante :

1. Phase de réduction des symptômes et stabilisation

- Dépasser la phobie de l'attachement et de la perte d'attachement, en particulier avec le thérapeute,
- Dépasser la phobie des actions mentales (les expériences internes comme les émotions, les pensées, les sensations, les souhaits et les fantasmes),
- Dépasser la phobie des parties dissociatives de la personnalité.

2. Phase 2 : traitement des souvenirs traumatiques

- Dépasser les phobies d'attachement en lien avec l'agresseur,
- Dépasser les phobies d'attachement des PE vis-à-vis du thérapeute,
- Dépasser la phobie des souvenirs traumatiques.

3. Intégration de la personnalité et réhabilitation

- Dépasser la phobie de la vie normale,
- Dépasser la phobie de la prise saine de risque et du changement,
- Dépasser la phobie de l'intimité, y compris la sexualité et l'image du corps.

Il nous semble important de prendre une position quelque peu nuancée par rapport au traitement orienté par phases. Nous ne remettons pas en question la nécessité de stabiliser le patient avant l'utilisation de méthodes ou techniques ciblant plus directement le retraitement des souvenirs traumatiques. Néanmoins il faut voir dans ce traitement par phase une ligne directrice générale, parce que le but ultime est l'intégration, et cet objectif devrait être ciblé dès les premières séances. Il est donc important de préciser le concept d'intégration selon la TDSP.

3.2.2. Le concept d'intégration selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Le but ultime de la thérapie de TD d'origine traumatique est l'intégration des souvenirs traumatique et des parties dissociatives, mais il existe différents types de définition du terme « intégration ». La TDSP, se basant sur les travaux pionniers de Janet (1889, 1898, 1904, 1909, 1919, 1928, 1935), est la théorie qui, à notre connaissance, précise avec le plus de finesse et détail ce qu'est l'intégration des souvenirs traumatiques et ainsi comment « guérir » des séquelles de

traumatisation – quand bien même l'intégration des souvenirs traumatiques ne suffit pas toujours à éliminer tous les symptômes dissociatifs et les comorbidités associées, et que des interventions spécifiques supplémentaires sont parfois nécessaires (voire plus loin 3.4.).

Voici une définition du concept d'intégration selon la TDSP (extrait de notre article « La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité : une théorie explicative des troubles d'origine traumatique » [cf. 1^{ère} partie de la thèse]).

« La dissociation de la personnalité est vue par Van der Hart et al. (2010) comme résultant d'un manque d'intégration. Récemment Nijenhuis (2019) propose que l'échec d'intégration serait dû non à un manque d'intégration mais à des actions de non intégration par le sujet soumis à une expérience adverse. L'intégration implique la synthèse et la réalisation, la réalisation comprenant la personnification et la présentification. Le traitement devrait cibler une intégration aboutie permettant ainsi à ce qu'une expérience vécue fasse partie de la mémoire narrative auto-biographique du sujet. Selon la TDSP, la *synthèse centrale* se fait lorsque le sujet relie et différencie les différents éléments (émotions, sensations corporelles, comportements, actions, imageries, fantasmes, cognitions) de l'expérience d'une situation donnée dans la chronologie de cette situation. Relier et différencier ces différents éléments implique également de pouvoir les différencier à chaque instant de la situation, chaque instant étant accompagné d'émotions, sensations, cognitions, comportement, etc., qui peuvent être différents du moment précédant et du moment suivant. Chez les personnes traumatisées la synthèse centrale n'a pas pu se faire correctement. Il en résulte, par exemple, que certaines personnes ne se souviennent pas d'une partie importante de l'expérience traumatisante (amnésie partielle ou complète), ou bien elles ont le scénario de l'expérience traumatisante sous forme d'un film ou d'images avec une restriction inadaptée des affects (déconnexion émotionnelle pouvant aller jusqu'à une dépersonnalisation sévère). D'autres personnes encore présentent des symptômes somatoformes laissant penser, par exemple, à des violences sexuelles (p.ex. douleurs vaginales ou anales) mais sans se souvenir d'avoir vécu une pénétration lors d'un acte de violence sexuelle dont elles peuvent par ailleurs se souvenir dans les grandes lignes.

La réalisation dans la forme de *personnification* se réfère à la capacité du patient de ressentir qu'il a vécu un événement traumatisant en prenant possession de cette expérience comme sienne. Cela permet donc de développer un sens de soi en lien avec l'expérience synthétisée (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2010). La *présentification* consiste à comprendre et ressentir que le trauma a eu lieu dans le passé et à pouvoir différencier passé, présent et futur, en donnant au présent le plus haut degré de réalité (Janet, 1919, 1928). La réalisation (personnification et présentification) implique un processus de deuil souvent douloureux mais qui permet de se tourner vers le futur en laissant le passé derrière soi. »

L'apport conceptuel récent de Nijenhuis (2019) nous semble original et important. Il propose donc que l'échec d'intégration serait dû, non pas à un *manque* d'intégration, mais à des *actions de non intégration* par le sujet soumis à une expérience adverse. Les propositions précédentes (Nijenhuis, 2015a ; Van der Hart et al, 2010) renaient un *manque* ou un *échec* d'intégration lors d'événements potentiellement traumatisants pour expliquer le traumatisme, c'est-à-dire la blessure psychique. Or l'absence de quelque chose ne convient pas ici. Il ne peut y avoir qu'une *action de non intégration*, et non pas une *non action d'intégration* que serait un manque ou un échec d'intégration. C'est-à-dire qu'il y a une *action* de dissociation/division de la personnalité pré-morbide en deux ou plusieurs sous-systèmes : la PAN et une ou plusieurs PE. Concrètement, lorsqu'une situation ou un élément spécifique de la situation est tellement insoutenable, cette situation ou un de ses éléments peut être évité par le sujet qui le met en quelque sorte à l'écart de soi, ce qui peut devenir une PE.

Intégrer de nouvelles expériences nécessite qu'elles fassent sens pour le sujet dans un contexte social donné et que le sujet ait acquis les connaissances précédentes pour accéder à des connaissances et expériences d'un niveau supérieur. Cela n'est pas possible par exemple dans les cas de violences sexuelles sur de jeunes enfants, ou dans les cas de catastrophe naturelle inattendue, et dans la plupart des événements généralement traumatisants. Même dans ces cas où il peut sembler que le sujet, à cause de son âge ou d'autres conditions internes ou externes au sujet, *n'ait pas été en mesure d'intégrer* l'événement, cela vaut la peine au niveau thérapeutique de considérer malgré tout un évitement – une *action de non intégration* – d'un ou de plusieurs éléments de la situation traumatisante : une sensation (p. ex. une douleur intense), une compréhension

(p.ex. que mes parents me veulent du mal et ne m'aiment pas), une émotion (p.ex. la honte), etc.

Au niveau neuro-physiologique on connaît le rôle de l'hippocampe dans la construction de la mémoire épisodique (Moscovitch, Cabeza, Winocur, & Nadel, 2016). Les patients avec un TSPT suite à des violences sexuelles et de la maltraitance de l'enfance ont un volume hippocampal réduit à l'âge adulte par rapport à des sujets contrôles et aussi par rapport à des sujets ayant le même vécu traumatique mais pas de TSPT (méta-analyses de : Karl et al., 2006 ; Kitayama et al., 2005 ; Smith, 2005). Par ailleurs la réduction du volume hippocampal par rapport à des sujets contrôles semble être proportionnelle à la gravité des expériences adverses et à la sévérité du trouble, le TDI présentant le volume hippocampal le plus petit, suivi du TDI partiel, puis du TSPT (Chalavi et al., 2014). Cela est probablement causé par une exposition prolongée aux hormones de stress lors de traumatismes répétés, puisque l'hippocampe a une grande densité de récepteurs aux glucocorticoïdes (Nijenhuis, 2015a, p. 496). En lien avec cela l'hippocampe fonctionne d'ailleurs moins bien lors d'un événement menaçant sous l'effet du glucocorticoïde produit en abondance dans ces situations, ce qui a pour effet une moins bonne construction de la mémoire épisodique de l'événement. Ces deux directions de recherche permettent donc de comprendre pourquoi la création d'une mémoire épisodique est freinée lors d'un événement potentiellement traumatisant. S'il existe des incertitudes quant à la superposition des concepts de mémoire épisodique (Tulving et al., 1994), de mémoire narrative, et d'intégration au sens de la TDSP (correspondance avec Ellert Nijenhuis, 2020), ces travaux sont en tout cas une aide dans la compréhension de la facette neurophysiologique des symptômes psychologiques des patients traumatisés, sachant qu'on ne peut pas déconnecter le psychologique du biologique, à moins de le faire arbitraire par simplification.

Dans un nombre plus restreint d'études, on s'est intéressé au rôle du thalamus sous l'effet de stress. Son rôle de relai (transfert et filtrage d'informations) entre les afférences sensorielles périphériques (sauf l'odorat) et le cortex pré-frontal est bien connu, mais sans doute le thalamus a-t-il plus qu'un simple rôle passif de relai. Récemment son rôle dans la consolidation de la mémoire a été mis en avant (Thielein et al., 2015). Par ailleurs un nouveau modèle de compréhension de cette structure propose que le thalamus ait un rôle intégratif dans la cognition, allant de l'apprentissage à la mémoire, et au développement de représentations mentales. Le thalamus fonctionnerait davantage de manière intégrée avec le

cortex préfrontal que ce qui était précédemment proposé (Wolff & Vann, 2019). Les patients souffrant de TSPT semblent avoir une moindre activation du thalamus dans une étude par provocation de symptômes (Lanius et al., 2001). Comme le font remarquer Lanius et Bergmann (2014), le rôle du thalamus est sans doute un rôle de synchronisation des activités de différentes structures corticales. Il pourrait avoir ainsi un rôle central dans l'intégration des informations perceptives, cognitives, mémorielles et somato-sensorielles. Lanius et Bergmann (2014, p. 218) concluent ainsi : « nous suggérons que la désactivation de certains noyaux thalamiques par une activation excessive interfère avec l'intégration d'éléments sensoriels d'une expérience en un souvenir intégré. » En résumé le thalamus pourrait aussi jouer un rôle dans la construction d'un souvenir autobiographique narratif (sans doute plus au niveau des expériences somato-sensorielles). Sa moindre activation chez les personnes traumatisées pourrait être en lien avec les difficultés dans la construction d'un souvenir autobiographique narratif de l'événement traumatisant.

Nous devons garder à l'esprit que les différentes structures du cerveau forment un système intégré qu'est le cerveau, dans un corps entier, et que c'est une simplification abusive de s'intéresser à l'une ou l'autre structure cérébrale séparément des autres. Par ailleurs il ne s'agit que de la facette neurophysiologique des comportements humains, qui ne peut être séparée de la facette psychologique.

Des expériences positives régulatrices dans la suite immédiate d'un événement potentiellement traumatisant peuvent avoir un effet positif sur le processus intégratif, en particulier une réponse soutenante de la part de l'entourage (Brewin, Andrews & Valentine, 2000) ce qui ne se produit en général pas dans les familles dysfonctionnelles et/ou maltraitantes. Une intervention psychothérapeutique dans les suites immédiates d'un événement potentiellement traumatisant peut aussi mobiliser les ressources de manière à éviter le développement d'un trouble.

Plusieurs des articles qui suivent présentent le concept d'intégration selon la TDSP et ses implications pratiques au niveau de la thérapie.

Un article en particulier va dans le détail des processus d'intégration, en l'adaptant à la thérapie EMDR. Cet article nous semble particulièrement utile dans la mesure où les thérapies centrées sur le traitement du TSPT les plus reconnues par la recherche internationale (WHO, 2013), comme l'EMDR ou la TCC centrée sur le trauma, ont développé une vision neurophysiologique/neurocognitive des

séquelles de traumatismes et de leur traitement (Landin-Romero et al., 2018). Il nous semble important de ne pas négliger les théories *psychologiques*, et le concept d'intégration selon la TDSP est une réponse à cela. Par ailleurs le concept d'intégration selon la TDSP peut être utilisé comme base de compréhension et comme objectif de traitement, indépendamment de l'approche ou de la méthode utilisée. C'est ce que nous avons voulu démontrer avec cet article.

Le terme « intégration » est utilisé de longue date en psychotraumatologie, plus précisément dans la thérapie des états du moi (TEM ; Watkins & Watkins, 1997). Ce terme d'intégration est alors compris très différemment que dans la TDSP. Avec ma collègue Susanne Leutner, nous avons clarifié cela dans un article (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse) dont voici un extrait :

« Les Watkins ont expliqué comment le travail clinique avec des clients gravement traumatisés devrait soutenir l'intégration, mais ils n'ont pas défini précisément ce qu'est l'intégration. Frederick (2005) définit l'intégration comme un état de communication interne, de coopération et de conscience commune permanente. Lorsque les états du moi sont intégrés, ils peuvent être activés par l'hypnose, mais ils n'émergent pas spontanément par l'investissement libidinal de l'ego. Par exemple, une chanteuse d'opéra qui se trouve dans son état du moi "star d'opéra" ne résidera pas exclusivement dans ce type d'énergie. Si une personne sur scène avait besoin d'une assistance médicale, elle pourrait passer à un état du moi qui sait comment faire face aux urgences. On peut facilement remarquer que cette définition est différente de celle proposée par Van der Hart et al. (2006/2010) sur la base des travaux pionniers de Janet, dont nous avons parlé plus haut. Néanmoins, en gardant à l'esprit la définition de Frederick, décrivons plus précisément comment l'EST considère le travail clinique visant à l'intégration.

Les Watkins ont souligné (1997, p. 106) que l'intégration ne peut jamais être induite par le thérapeute, mais qu'elle se produit plutôt lorsque le patient est prêt à l'accepter, à la suite de son propre choix. Cela pourrait tout aussi bien ne pas se produire, mais si les états du moi développent une co-conscience suffisante, cela est potentiellement suffisant pour amener les patients à un accomplissement satisfaisant de leur thérapie.

Phillips et Frederick (1995) décrivent l'intégration comme un processus qui se développe en plusieurs étapes et par lequel les patients peuvent développer une nouvelle identité :

1. Au début, les états du moi commencent à prendre progressivement conscience les uns des autres ;
2. Ils réalisent et acceptent alors l'existence de l'autre et commencent à communiquer, d'abord par l'intermédiaire du thérapeute, en parlant à un état du moi des autres états du moi ;
3. Les états du moi s'engagent ensuite dans une communication directe les uns avec les autres ;
4. L'étape suivante est le développement de l'empathie entre les états du moi ;
5. Elle est suivie par le développement d'expériences et d'objectifs communs entre les états du moi ;
6. La sixième étape vise à partager des pensées, des sentiments, des fantasmes, etc. ;
7. La phase finale vise à partager la conscience des états du moi en ce qui concerne la prise de conscience et les intentions, jusqu'à ce qu'ils atteignent finalement une co-conscience continue.

[...] L'intégration est donc considérée comme une phase de développement, un objectif grâce auquel tous les états du moi se connaissent et savent coopérer. Phillips et Frederick (1995, p. 36) perçoivent également l'intégration comme l'une des phases de la thérapie, à savoir la dernière phase de leur modèle de traitement du SARI. Ils ont été les premiers thérapeutes TEM à développer un modèle de traitement plus prudent, qu'ils ont appelé le modèle SARI, un modèle de traitement en quatre phases spécifique à la thérapie des traumatismes :

1. Sécurité et stabilisation (avec renforcement de l'ego),
2. Accès à la mémoire traumatique,
3. Résolution et ré-association de matériel traumatique et re-stabilisation,
4. Intégration et identité. »

Il nous semble qu'il y a encore des confusions entre, d'une part, le concept d'intégration tel qu'il est conçu par la TEM et qui a beaucoup influencé la

psychotraumatologie anglo-saxonne et allemande, et par ricochet la psychotraumatologie européenne, et d'autre part, le concept d'intégration selon la TDSP. On remarque que le modèle SARI vu plus haut est une variante du traitement orienté par phases. Les différentes étapes d'« intégration » des états du moi avec ces 7 étapes, c'est une autre manière de décrire les différentes étapes du traitement proposé par la TDSP. Si l'on remplace « état du moi » par « partie dissociative », alors les 7 étapes proposées par le TEM et listées ci-dessus s'appliquent très bien au traitement des TD dans le cadre de la TDSP, mais seulement pour la phase 1 et partiellement pour la phase 2 (travail sur la phobie des actions mentales et des parties dissociatives).

Nous adhérons à la proposition de Nijenhuis (communication personnelle, 2019), selon laquelle l'intégration au sens de la TDSP devrait être l'objectif constant de la thérapie des TD dès les premières séances, certes avec des attentions particulières selon où l'on est dans la thérapie et bien sûr selon le patient. C'est le sens de notre article intitulé « Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique : Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives » (Piedfort-Marin, 2016). Dans cet article nous présentons deux manières différentes pour gérer les symptômes dissociatifs lorsqu'ils émergent en séance, et nous rendons attentif à l'importance de cibler des actions intégratives dès le début de la thérapie. Nous observons régulièrement que des collègues stabilisent la PAN lors de la phase 1, et seulement ensuite veulent travailler avec les PE et le lien entre PAN et PE. Certes il est des cas où il n'est pas possible de faire autrement, mais nous sommes d'avis qu'il faut développer très tôt dans le traitement les capacités intégratives des patients. En stabilisant la PAN lors de la phase 1 sans modifier la dynamique d'évitement de la PAN envers les PE, la phase 2 sera à risque d'une impasse. A ce propos on ne peut éluder les aspects contre-transférentiels. Le choix de stratégies thérapeutiques ne sont pas objectives mais sont subjectives et intersubjectives. La personnalité du thérapeute, ces propres craintes ou à l'inverse une assurance trop élevée, ont un effet sur ces choix de stratégies et de méthodes psychothérapeutiques.

Plusieurs de nos articles cliniques présentent des manières de travailler vers l'intégration des souvenirs traumatiques et des PE correspondantes. Nous pensons en effet que c'est le point central de la psychothérapie des TD. A travers ces articles, nous avons voulu décrire le détail d'interventions psychothé-

peutiques afin de permettre aux lecteurs de mieux se rendre compte en quoi le concept d'intégration selon la TDSP peut être utile en thérapie. Il s'agit des articles suivants :

Piedfort-Marin, O. (2019). Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study. *European Journal of Trauma and Dissociation*.

⇒ Cet article présente dans le détail une psychothérapie brève en situation d'urgence, lors de laquelle les interventions du thérapeute ciblent une intégration partielle suffisante pour stabiliser la patiente. Il s'agit de trouver le bon chemin : aider la PAN à intégrer l'essentiel du souvenir traumatique et des actions des PE afin de faire baisser les symptômes survenus soudainement suite à un événement traumatisant récent, tout en prenant en considération le faible niveau d'énergie mentale de la patiente et le peu de temps à disposition.

Piedfort-Marin, O. (en soumission). Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration.

⇒ Dans cet article nous présentons en détail un cas clinique en portant notre attention sur les séances qui ont permis l'intégration des moments les plus douloureux de l'événement traumatisant, ces moments où la dissociation a eu lieu, c'est-à-dire où la personnalité pré-morbide s'est divisée en une PAN et plusieurs PE.

Piedfort-Marin, O. (2019). When the therapist's trauma emerge in a psychotherapy session: the use of trauma related countertransference. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 181-189.

⇒ Dans cet article nous présentons deux cas illustrant comment l'intégration peut bénéficier des apports contre-transférentiels du thérapeute. Les aspects subjectifs et intersubjectifs de la thérapie sont présentés dans le cadre conceptuel de la TDSP.

Le concept d'intégration selon la TSDP permet au thérapeute de garder une rigueur conceptuelle pour encadrer ses interventions psychologiques, par définition, complexes, subjectives et intersubjectives. Nous pensons que l'un ne va pas sans l'autre. C'est un cadre conceptuel rigoureux et clair qui permet au thérapeute de manœuvrer dans les méandres de la psychothérapie de cas aussi complexes que des TDI ou des TDI partiels.

3.2.3. Atteindre l'intégration des souvenirs traumatiques : synthèse et réalisation (personnification et présentification)

Au niveau thérapeutique, intégrer un souvenir traumatique implique dans un premier temps d'en faire la synthèse.

Les travaux de Braun (1988a, 1988b) sont une autre manière de présenter la synthèse, très proche de ce que la TDSP propose. Braun propose le modèle BASK de la dissociation (B=behavior= comportement ; A=affect ; S=sensation ; K=knowledge=connaissance) comme dans la figure 1 ci-dessous que nous reproduisons.

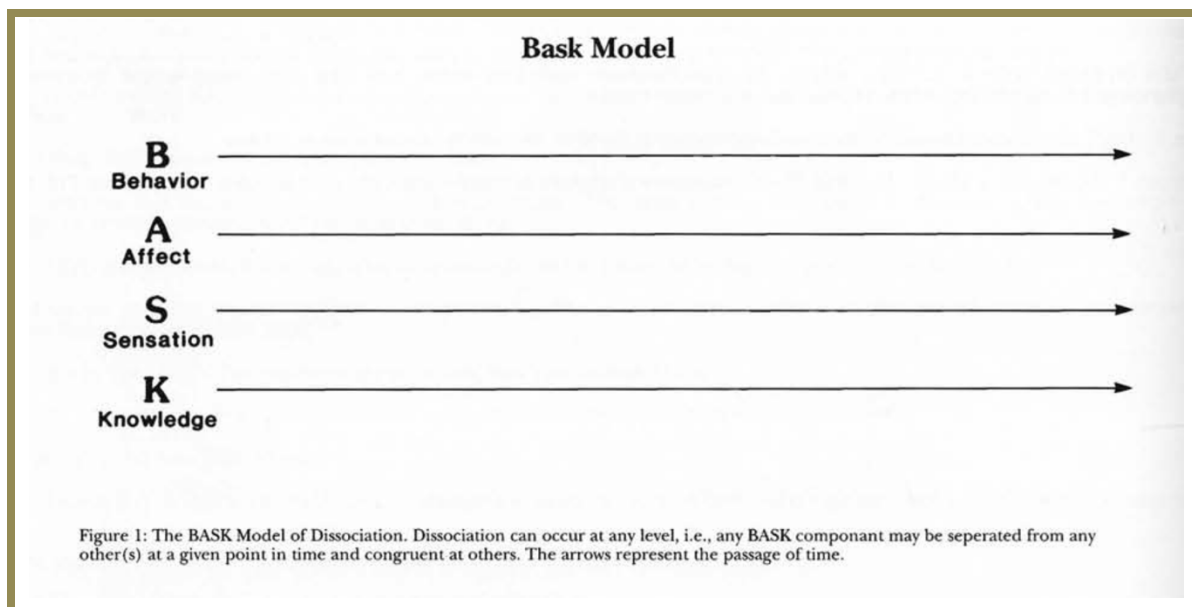
Braun cite les travaux de Janet en faisant référence à l'ouvrage « L'automatisme psychologique » (Janet, 1889), mais il n'est pas clair à quel degré il s'en est inspiré. Dans tous les cas, cette influence janettienne transparaît dans ses écrits.

Selon Braun (1988b, p. 23), « le modèle BASK des éléments de la conscience peut être utilisé pour illustrer le fait que la dissociation peut se produire sur un ou tous les axes BASK. » Il explique ainsi que certains symptômes puissent être au niveau des comportements (p. ex. paralysie), des affects (p. ex. affects sans rapport avec les actions d'ici et maintenant), des sensations (p. ex. analgésie), de la connaissance (p. ex. amnésie), ou à plusieurs niveaux.

Il précise (1988b, p.16) que « l'intention du thérapeute en traitant un patient souffrant d'un trouble dissociatif est d'aider le patient à remodeler l'expérience dissociative et à la rendre congruente en ce qui concerne le comportement, l'affect, la sensation et la connaissance (BASK), ainsi que l'espace/le temps (c'est-à-dire *ici et maintenant* en opposition à *hier et là-bas*). [...] Lorsque les composantes intégrales du BASK sont constamment congruentes dans le temps, la conscience est stable et les processus mentaux sont sains. »

Figure 1 : Reproduction du modèle BASK de la dissociation selon Braun (1988a ; 1988b).

« La dissociation peut apparaître à tout niveau, p.ex. tout composant du BASK peut être séparé des autres à un moment donné et congruent avec d'autres. Les flèches représentent le passage du temps. »



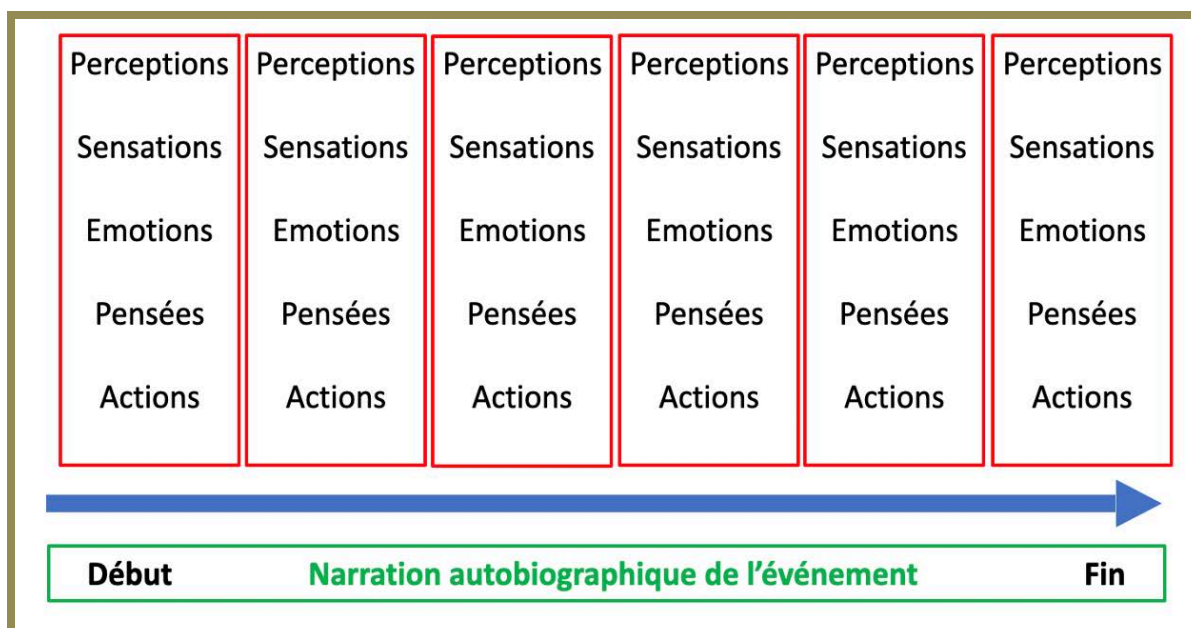
Selon Braun c'est la « synthèse » des éléments BASK qui permet de traiter le souvenir de l'événement. Dans la citation ci-dessus il évoque ce que Van der Hart et al. (2010) nomment la présentification (rendre l'expérience congruente dans l'espace/temps), et la personnification (conscience stable). Ce n'est pas aussi évolué que la TDSP mais ces deux textes n'en restent pas moins des pépites, témoins du renouveau de l'intérêt pour ce que l'on appelait à l'époque, dans les années 1970-1980, le trouble de personnalités multiples.

La TDSP (Van der Hart et al., 2010, p. 173 et suivantes) propose que l'intégration sera atteinte si le sujet peut faire la synthèse des différents éléments de l'expérience, de manière assez similaire à ce que Braun propose. Il s'agit en quelque sorte de reconstruire l'événement mémorisé de manière morcelé de la situation traumatique, tel un puzzle, pour que le sujet puisse en faire un récit autobiographique narratif. Avec la synthèse le sujet peut lier et différencier les différents éléments (perceptions, affects, cognitions, action, mouvements) tout au long de la durée de l'événement. Suite à cela le patient devra réaliser le souvenir par la personnification (c'est-à-dire faire sienne l'expérience vécue) et la présentification (se rendre compte qu'il vit dans le présent, que l'événement a eu

lieu dans le passé et qu'il peut investir le futur). Tous ces concepts centraux dans la TDSP seront décrits en détail dans les articles de cette 3^{ème} partie.

La figure 2 ci-dessous schématise la synthèse. Avec la synthèse le sujet peut relier les différents éléments de l'expérience (perceptions, sensations, émotions, pensées et actions) d'un moment donné, et les différencier des éléments du moment suivant.

Figure 2 : Schéma de la synthèse, inspiré par Van der Hart et al. (2010)



En supplément des principes de base du traitement des TD que l'on vient de voir, plusieurs aspects spécifiques forment également les fondements du traitement des TD qui seront abordés dans les chapitres qui suivent.

Tout d'abord il est nécessaire de baser la psychothérapie des TD sur une approche phénoménologique, dans le prolongement de ce que nous avons développé au sujet de l'évaluation diagnostique : être au plus proche de l'expérience subjective du patient.

Ensuite la thérapie doit avoir pour cible de favoriser des changements alors que les deux types de parties dissociatives (PAN et PE) sont excessivement stables et rigides.

Nous allons maintenant présenter ces deux points.

3.3. Être au plus proche de l'expérience subjective du patient.

Nous avons appris à procéder à une approche thérapeutique à la fois fondée sur une théorie solide et en même temps basée sur le fait que chaque être humain est unique, et chaque relation thérapeutique est donc unique également.

De notre expérience de psychothérapeute et de superviseur, il ressort que les symptômes des TD sont des constructions créatives d'un individu pour faire face à l'indicible et l'horreur. Nous remarquons aussi que la créativité humaine face à l'adversité est d'une richesse étonnante, quand bien même cette créativité est souvent déconcertante. Pour éviter tout malentendu, nous tenons à préciser que nous n'allons cependant pas jusqu'à nous émerveiller de cette créativité car elle est apparue dans des circonstances que personne ne veut vivre.

Il est nécessaire d'être au plus près de l'expérience du patient afin de ne rien exclure. Les théories qui construisent le clinicien, qui forment sa colonne vertébrale ne doivent pas paralyser ses mouvements ou sa pensée. Ses théories devraient au contraire lui permettre de pouvoir entrer en zone inconnue et de découvrir et de tenter d'autres mouvements, d'autres pensées, d'autres ressentis.

Comment adopter une approche phénoménologique dans la psychothérapie des patients TD. Comment être au plus proche de l'expérience subjective du patient gravement traumatisé ?

Là encore nous pouvons adopter des manières de faire qui structurent les interventions du thérapeute et nous allons les présenter ici.

3.3.1. Pacing et leading

Nijenhuis (2017a) décrit la psychothérapie des patients sévèrement traumatisés comme une danse. C'est en fait sa métaphore du processus de *pacing et leading* développé par Grinder et Bandler (1976), et devenu une technique incontournable

d'hypnothérapie. Dans le traitement des TD, c'est plus qu'une technique. Nous considérons cela comme une habitude de travail quotidienne.

Il s'agit d'être aussi proche que possible de l'expérience et des sentiments du patient, de les accompagner (pacing), avant de suggérer un changement (leading). La première phase (leading) permettra au patient de ressentir que le thérapeute est proche de lui, de son discours et de son ressenti. On pense que les clients s'ouvriront mieux au changement après avoir ressenti une profonde compréhension de la part de leur thérapeute.

Avec les patients TD, en particulier les patients qui dans leur PAN ont des phobies particulièrement fortes des PE et de leurs actions, le pacing est indispensable. Cela implique pour le thérapeute d'être authentiquement à l'écoute du patient de ses préoccupations, quand bien même parfois elles semblent secondaires pour le thérapeute. Le pacing ne doit pas être une simple technique. Il doit être accompagné d'un fort intérêt et de compassion de la part du thérapeute.

Le pacing est souvent réalisé par des séquences d'acceptation (des séries de réponses positives du patient aux questions ou interventions du thérapeute) qui permettent à la dyade thérapeute-patient de construire un consensus. Mais le pacing n'est pas seulement une intervention verbale et cognitive. Il nous semble primordial de réaliser le pacing aussi au niveau corporel et sensorimoteur, en particulier avec les patients TD traumatisés à un âge précoce (mais le sait-on toujours en début de traitement ?).

Avec les patients TD, il faut tenir compte du fait que plusieurs parties dissociatives sont là devant le thérapeute. Même lorsqu'une seule partie a le rôle exécutif, d'autres parties peuvent observer le thérapeute, l'entendre, avoir des pensées le concernant, avoir des émotions particulières en sa présence. La présence partielle d'une partie dissociative peut se manifester à travers des mouvements du corps, comme de légers tremblements, ou une main qui frotte la cuisse, etc. Faire du pacing corporel tout en faisant du pacing verbal permet d'être en contact avec deux (ou plusieurs) parties dissociatives, celle qui parle (p. ex. la PAN) et celle qui montre sa présence par des mouvements.

Par ailleurs, le pacing permet au thérapeute de se rapprocher du patient et – de notre expérience – facilite la transmission des informations par le contre-transfert.

Le passage du pacing au leading ne devrait pas se faire intentionnellement trop tôt, sinon l'alliance thérapeutique pourrait en pâtir. De notre expérience clinique, le patient va amener lui-même une option de changement, une fois que le thérapeute aura fait suffisamment de leading. De notre expérience plus les patients sont instables, moins on devrait faire de leading, ceci afin d'avancer lentement et sûrement.

Au point 3.2.2 suivant, nous allons voir une vignette clinique qui illustrera le procédé de pacing et leading ainsi que les séquences d'acceptation. Par ailleurs les articles cliniques présentés plus loin en donneront un aperçu approfondi.

3.3.2. Explorer la dissociation structurelle.

Le thérapeute doit être attentif à la manière dont il aborde une possible dissociation structurelle dans la phase diagnostique et plus généralement dans la phase 1. Il nous semble imprudent de parler trop tôt au patient de parties dissociatives, en particulier lorsque le patient pourrait ne pas adhérer au diagnostic ou aux hypothèses diagnostiques. Par ailleurs il ne faut pas sous-estimer les cas où le diagnostic est complexe et à l'intersection de plusieurs troubles (cf. 2^{ème} partie de cette thèse). Le pacing est un bon moyen pour explorer une possible structure dissociative en prenant comme point de départ les plaintes du patient sans le mettre dans un moule théorique.

En partant de ses plaintes, c'est-à-dire de ses symptômes, on est au plus près du vécu subjectif du patient et alors on ne peut pas se tromper, ni tromper le patient. Lorsque l'hypothèse d'une dissociation structurelle apparaît comme pouvant expliquer la symptomatologie, le thérapeute doit chercher une possibilité d'explorer cette question avec doigté et sans imposer quoi que ce soit. L'idée centrale est la suivante : le patient considère-t-il le symptôme comme étant sien ou comme quelque chose qui vient de l'intérieur, mais qui n'est pas vraiment sien? Les tendances à l'évitement de la PAN rendent parfois cet objectif difficile à atteindre. Le thérapeute doit également être prudent dans le choix des mots : il est préférable de choisir les mots que le client a utilisés.

Au début de la psychothérapie (cela peut durer plusieurs mois, voire plus) nous sommes d'avis de ne pas utiliser une terminologie mettant en avant une possible dissociation structurelle ou une fragmentation du soi (Chu, 1994 ; Draijer & Boon,

1999 ; ISSTD, 2011). Cela peut perturber certains patients TDI particulièrement phobiques des PE, et aussi – mais différemment – certains patients avec des traits de personnalité borderline et histrionique comme nous l’avons vu dans la 2^{ème} partie.

Voici un exemple illustrant le pacing/leading et la manière d’aborder une possible dissociation structurelle (il s’agit d’un de nos cas cliniques présenté dans le livre de Piedfort-Marin & Reddemann, 2016, p.179-181)

Vignette clinique

« Mme D. est une femme de 45 ans qui présente des symptômes nombreux et divers à cheval entre le TSPT complexe et le TDI partiel. Le symptôme qui la perturbe le plus, et depuis très longtemps, réside dans des « idées de mort » qui l’assaillent à des degrés de sévérité divers mais presque en continu. Elle a eu une psychothérapie non spécifique sur plusieurs années qui l’a stabilisé. Pour avancer plus loin dans l’amélioration de son état de santé, son psychothérapeute lui conseille de consulter un spécialiste en psychotraumatologie, au vu des nombreux événements traumatiques vécus dans sa vie dès le plus jeune âge. Elle aimerait par ailleurs une autre approche pour se débarrasser de ces idéations suicidaires. On note une tentative de suicide par prise de médicaments à 13 ans. Après quatre séances qui ont servi à clarifier la demande et les objectifs de la patiente, ainsi que de récolter un certain nombre éléments anamnestiques, le thérapeute propose d’investiguer plus en détail les idéations suicidaires. Il s’agit donc ici de la transcription de la cinquième séance.

THERAPEUTE : Ces idées de mort, comme vous dites, est-ce que ça reflète une envie d’en finir avec les difficultés ou quelque chose comme ça ?

PATIENTE : Non. Moi j’aime la vie, même si c’est dur parfois. J’ai du plaisir à ce que je fais.

THERAPEUTE : Est-ce qu’on peut dire alors que vous, vous avez envie de vivre et vous recevez des envies de mourir que vous ne reconnaissez pas actuellement, qui n’ont rien à voir avec votre vie de maintenant ?

PATIENTE : Oui c’est ça.

THERAPEUTE : Et ces idées de mort, c’est comment : des sensations, des images, des mots que vous vous dites ou que vous entendez ? Autre chose ?

PATIENTE : C'est des mots, mais des sensations aussi. Je le ressens, je ne sais pas comment dire.

THERAPEUTE : C'est des mots et des sensations.

PATIENTE : Oui c'est ça.

THERAPEUTE : Et ces mots, vous les entendez ou vous vous les dites ?

PATIENTE : C'est comme si c'était moi qui les disais mais je ne les pense pas.

THERAPEUTE : Ah, c'est comme si c'est vous qui les dites, mais vous ne les pensez pas.

PATIENTE : Oui exactement.

THERAPEUTE : Donc, est-ce qu'on peut dire qu'il y a en vous des mots que vous ne pensez pas ? Avec lesquels vous n'êtes pas d'accord ?

PATIENTE : Ben oui, c'est bizarre, mais oui.

THERAPEUTE : Puisque vous ne les pensez pas, serait-il possible qu'il y ait en vous une force ou quelque chose qui produise ces mots ?

PATIENTE : C'est possible, je ne sais pas.

THERAPEUTE : Vous ne savez pas, c'est possible.

PATIENTE : C'est ça, oui.

THERAPEUTE : Vous avez une autre explication sur ces phénomènes d'« idées de mort » ?

PATIENTE : Non, je ne sais pas et le Dr. X ne savait pas trop non plus, je crois.

THERAPEUTE : Vous ne savez pas trop.

PATIENTE : Non.

THERAPEUTE : J'ai une idée, mais je ne sais pas ce qu'elle vaut.

PATIENTE : Oui ?

THERAPEUTE : Comme vous avez fait une tentative de suicide à 13 ans, je me dis que cela a peut-être à voir avec ça, ces idées de mort.

PATIENTE : Oui, c'est possible.

THERAPEUTE : C'est peut-être possible que l'adolescente de 13 ans, qui d'une certaine façon est en vous, a à voir avec ces idées de mort.

PATIENTE : Oui, je vois.

THERAPEUTE : On a tous en nous d'une certaine manière le petit enfant qu'on était, et l'adolescent, etc.

PATIENTE : Oui

THERAPEUTE : Ça fait du sens pour vous ?

PATIENTE : (pensive) : Oui, tout à fait.

THERAPEUTE : On pourrait essayer quelque chose pour tester cette hypothèse, si vous voulez.

PATIENTE : Oui

THERAPEUTE : Vous voulez essayer ?

PATIENTE : Oui, je veux bien

THERAPEUTE : Alors je vous invite à vous tourner vers votre monde intérieur et à vous adresser intérieurement à l'adolescente de 13 ans que vous étiez.

PATIENTE : (se concentre) : Oui

THERAPEUTE : Vous êtes en contact d'une certaine manière ?

PATIENTE : Oui

THERAPEUTE : OK. Maintenant je vous invite à vous adresser à la Marie de 13 ans et à lui dire quelque chose comme : « Je sais que tu es là, et c'est peut-être toi qui m'envoies ces idées de mort. Je vais faire plus attention à toi maintenant »

PATIENTE : (répète ces mots avec une voix douce et rajoute) : On va y aller doucement, tu as beaucoup de choses à dire. Je vais rester avec toi.

La patiente est très émue, verse quelques larmes, puis se dit soulagée et en paix intérieure.

Il lui est conseillé de prendre régulièrement contact avec la Marie adolescente, ce qu'elle fit. »

A l'heure où nous écrivons ces lignes cela fait 5 ans que cette séance a eu lieu et la patiente n'a eu des idéations suicidaires que pendant de très brèves périodes dans des phases de stress intense.

Cette vignette clinique illustre la manière d'utiliser des séquences d'acceptation pour être au plus proche de l'expérience de la patiente, en procédant ainsi à un pacing, puis on peut proposer l'hypothèse d'une structure dissociative. On remarque que le test de l'hypothèse d'une structure dissociative s'est passé particulièrement bien. Ce n'est bien sûr pas toujours le cas. Cette présentation clinique a pour but d'illustrer les procédés que nous avons explicités plus haut, mais pas d'illustrer la difficulté de certains cas.

On remarquera que nous n'avons pas utilisé de vocabulaire technique. De manière générale, dans notre pratique clinique, nous n'utilisons presque jamais de termes techniques comme « PAN » ou « PE » et très rarement celui de « partie dissociative ». Il semble que nous n'en ayons pas besoin. Nous recommandons d'être attentif à une utilisation abusive de termes techniques qui nous semblent éloigner les patients de leur expérience subjective. Et dans des cas de troubles de la personnalité, cela peut amener certains patients à vouloir adhérer au modèle

de leur thérapeute et de se coller à un modèle théorique, avec le risque là encore de s'éloigner d'eux-mêmes. Les patients gravement traumatisés dans leur enfance savent trop bien s'adapter à l'autorité en espérant obtenir plus d'attention positive. Par ailleurs les experts de l'ISSTD (2011) recommandent une certaine prudence dans une utilisation (trop) précoce d'une terminologie de « parties » avec ces patients souffrant de trait ou de trouble de personnalité histrionique, borderline ou narcissique, car cela pourrait accroître une pseudo-fragmentation ou ajouter à une dissociation structurelle authentique une pseudo-fragmentation.

Nous pouvons penser à un cas où nous avons donné des informations assez précises sur la TDSP. Le patient – un homme d'affaire émotionnellement distant et débordé par une symptomatologie épuisante – présentait en séances des états « hystériques » au sens historique du terme : le patient tombait à terre, son corps bougeait dans tous les sens par des mouvements en apparence désordonnée des jambes, des bras et du torse. Parfois ses mains frappaient son visage. Le patient n'avait pas d'amnésie de ces moments mais aucun contrôle dessus. Il nous a semblé que sans psychoéducation plus poussée ni information sur notre modèle théorique, le patient pourrait interrompre la thérapie. Il nous a semblé aussi qu'un partage d'informations pourrait faciliter le développement de la relation thérapeutique.

3.3.3. L'utilisation de symboles.

Certains patients TDI présentent des parties dissociatives pouvant prendre une autonomie importante, en se présentant avec des capacités verbales, intellectuelles, émotionnelles, sensorimotrices, relationnelles, leur permettant d'interagir avec le monde extérieur. Pour les patients ATDS-1 ou TDI partiel, ainsi que d'autres TD avec une dissociation structurelle, les parties dissociatives peuvent prendre le contrôle exécutif – c'est-à-dire avoir des présentations externes occasionnelles, mais par contre peuvent avoir une « vie interne » intense. Cela se présente par des intrusions dissociatives pouvant prendre différentes formes, comme nous l'avons vu dans la 2^{ème} partie de cette thèse.

Chez certains patients TDI ou ATDS-1 / TDI partiel, des PE se sont développées qui semblent être comme des métaphores ou des symboles et il peut être complexe pour le thérapeute et le patient de comprendre de quoi il s'agit et quelles sont les buts et les attentes de telles PE (souvenons-nous : « Qui fait quoi

et dans quels buts ? »). On le voit en particulier dans le cas de psychose dissociative et le cas présenté par Van der Hart, Witztum et Friedman, B. (1993) est particulièrement éloquent à ce sujet. Mais on le voit aussi dans d'autres cas de TD « non psychotiques », comme dans un article que nous allons présenter à la suite (« Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration » : Piedfort-Marin, en soumission).

Par ailleurs l'utilisation thérapeutique d'images, de symboles et métaphores peut être avantageux en particulier avec les patients qui dans leur PAN sont particulièrement évitant des PE. La symbolisation permet de créer une certaine distance protectrice entre la PAN et la PE. Pour certains patients, il peut être plus acceptable de parler à une figure symbolique qu'à une partie d'eux-mêmes. C'est que nous verrons dans l'article présenté à la suite (« Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study » : Piedfort-Marin, 2019b).

3.3.4. L'utilisation de l'imagerie.

L'utilisation de l'imagerie est une norme depuis de nombreuses années dans le traitement des troubles dissociatifs en particulier lors de la phase 1 (Kluft, 2012 ; Nijenhuis, 2017 ; Phillips & Fredericks, 1995 ; Van der Hart, 2012 ; Van der Hart, Steele & Boon, 2017 ; Watkins & Watkins, 1997). De nombreuses techniques standards, souvent issues de l'hypnose et de la théorie des états du moi, sont proposées et décrites en détail par divers auteurs (p. ex. Boon, Steele & Van der Hart, 2011 ; Nijenhuis, 2017a ; Phillips & Fredericks, 1995 ; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016 ; Steele et al., 2017 ; Watkins & Watkins, 1997), également en combinaison avec l'EMDR (Forgash & Copeley, 2016 ; Van der Hart et al., 2013. Il peut arriver que la dyade unique que forment patient et thérapeute amène à la création de variantes originales d'exercices standards. Un de nos articles en particulier illustre l'utilisation de l'imagerie : « Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study » (Piedfort-Marin, 2019b). Il s'agit d'un cas où nous avons utilisé des exercices hypno-imaginatifs pour apaiser les parties dissociatives, en nous référant à l'exercice d'apaisement des parties dissociatives blessées et à l'exercice d'apaisement des introjects (ou parties contrôlantes selon Nijenhuis, 2015a) selon Piedfort-Marin et Reddemann (2016).

3.4. Favoriser le changement.

L'objectif de toute thérapie est le changement : changer ses comportements, la manière de penser et d'interpréter les événements, la manière de ressentir les choses. Pour les patients avec un TD, le défi peut être de taille parce que chaque partie dissociative (PAN ou PE) est un sous-système excessivement stable et rigide (Van der Hart et al., 2010 ; Nijenhuis, 2015a). Les parties s'engagent souvent dans des actions irréflechies qui maintiennent la dissociation structurelle.

3.4.1. Les changements de fond qui vont favoriser la thérapie.

De tous les systèmes d'action, ceux les plus utiles à la psychothérapie, sont l'exploration, la collaboration et l'engagement social. En effet la psychothérapie des TD – en particulier le TDI partiel et le TDI – implique d'explorer le système dynamique formé des parties dissociatives, et donc d'aller à contre-courant des phobies des parties dissociatives. Par ailleurs ce travail d'exploration se fait au mieux dans une relation collaborative entre le thérapeute et le patient en activant l'engagement social plutôt que d'attachement (Liotti, 2011).

Parce que les patients TD gravement traumatisés ont souvent grandi dans des familles où régnaient l'abus de pouvoir, la terreur et l'interdiction de penser par soi-même, l'idée même de montrer de la curiosité ou de remettre en question une croyance établie, peut être associé à un interdit et à un sentiment de danger.

Le thérapeute va devoir aider le patient à développer cette capacité d'exploration dès les premières séances. Nous avons appris avec Ellert Nijenhuis que c'est une capacité essentielle pour avancer dans la thérapie, capacité que le patient devrait développer sans cesse.

Les défis autour du développement de la capacité d'exploration se laissent sentir dès les premières séances, comme en témoigne la vignette clinique suivante.

Vignette clinique

Une jeune femme de 25 ans avec un TDI demande de manière insistante que le thérapeute lui donne des conseils pour faire cesser les « crises de dissociation » ainsi que les « voix » qui lui disent de ne pas manger. Elle attend aussi du thérapeute qu'il lui fasse en sorte que les « voix méchantes » arrêtent de lui « pourrir la vie ». Bien sûr le thérapeute ne pourra rien faire, il pourra par contre aider la patiente dans sa PAN à mieux explorer son système interne, à mieux comprendre les parties dissociatives et leurs objectifs à travers leurs intrusions. Le thérapeute ne s'en laisse pas conter et donne des tâches à faire à la maison, en particulier écrire chaque semaine un email au thérapeute en précisant ce qui a été utile/inutile/difficile lors de la dernière séance et en précisant les objectifs de la patiente pour la séance suivante. Ainsi il motive la patiente à développer ses capacités d'exploration et à s'impliquer davantage dans la thérapie.

Se faisant, le thérapeute empêche une relation de dépendance de s'installer, il promeut une relation de collaboration et il est attentif à ne pas travailler plus que la patiente, ce qui force la patiente à développer un engagement social.

Cette manière de faire peut prendre du temps, ceci alors que la plupart des patientes et patients TDI partiel et TDI veulent que la thérapie avance vite. On peut comprendre l'envie de ces personnes de guérir rapidement – c'est tout à fait légitime – néanmoins c'est le plus souvent les phobies de la PAN envers les PE et les souvenirs traumatiques qui expliquent cette volonté d'une thérapie rapide. Ce n'est pas sans impact sur le thérapeute qui doit faire face à une pression importante et peut engager une thérapie réputée rapide comme l'EMDR ou l'hypnose, sans avoir procédé à une investigation diagnostique suffisante. Trop d'exemples nous sont rapportés de séances de retraitement EMDR commencées trop rapidement, parfois dès la seconde séance, et se terminant au mieux par une interruption de la thérapie, au pire aux urgences psychiatriques, parfois par une hospitalisation, l'utilisation de l'EMDR ayant facilité l'émergence d'une dissociation structurelle complexe, de souvenirs amnésiés d'inceste, etc.

Les mots de Richard Kluft doivent être comme un mantra pour tout thérapeute débutant un travail avec un patiente TD : « the slower, the faster », c'est-à-dire : « plus c'est lent, plus ça va vite ».

3.4.2. Les tendances à l'action

Van der Hart et al. (2010) ont remis au goût du jour un concept de Janet : la hiérarchie des tendances à l'action (Janet, 1926a, 1926b, 1935, 1936, 1938). Il s'agit d'une description complexe mais précise et détaillée des différents niveaux de tendances à l'action dans lesquelles les humains peuvent s'engager. De la tendance à l'action la plus simple et réflexe, à la plus complexe et réfléchie.

Avec ma collègue Eva Zimmermann, nous avons fait un tableau résumant les différentes tendances à l'action et leurs implications thérapeutiques (tableau 8 et 9) que nous présentons à la page suivante. Nous nous sommes bien sûr basés sur Van der Hart et al. (2010) et sur des documents de cours d'Ellert Nijenhuis (2009) que nous avons rassemblés en deux tableaux (voir aussi Nijenhuis, 2017a, p. 283-286) Nous avons conscience que ce tableau récapitulatif est complexe. En fait il s'agit d'un concept complexe et difficile à s'approprié, mais néanmoins nous le considérons comme indispensable pour le travail thérapeutique. Nous le présentons à titre indicatif car l'illustrer dans le détail dépasserait le cadre de cette thèse. D'ailleurs il manque des publications récentes sur les implications thérapeutiques. Il sous-tend toutes nos interventions comme présentées dans nos articles cliniques qui suivent. Nous allons l'illustrer par des vignettes cliniques.

Vignette clinique : comment aider une PE à monter dans la hiérarchie des tendances à l'action.

Madame B. avait une PE qui lorsqu'elle prenait le rôle exécutif se frappait avec force sur le visage. Le thérapeute devait intervenir pour retenir son bras, mais une telle intervention, bien qu'étant protectrice et éthique, ne permettait pas à la patiente d'apprendre un nouveau comportement. Le thérapeute décida alors d'accompagner son geste de bloquer ses bras par ces phrases : « Il doit y voir de bonnes raisons pour frapper le visage, mais observez maintenant comment c'est lorsque le visage n'est pas frappé. Essayez d'observer comment c'est. Qu'est-ce qui se passe à l'intérieur ». Après plusieurs séances ainsi, une PE se mit à parler : « Elle mérite d'être frappée. » Ce changement peut sembler minimal, mais la patiente dans sa PE venait de passer d'une action physique réflexe (frapper) à une action verbale (expression des raisons de frapper).

Par la suite, la même PE lorsqu'elle prenait le rôle exécutif, ne cessait de répéter en boucle : « elle mérite d'être frappée », comme un mantra, sans même regarder le thérapeute. Le thérapeute tentait d'engager le dialogue avec elle, mais cela semblait sans effet. Néanmoins il gardait espoir : puisque la PE prenait le contrôle exécutif, cela signifiait qu'elle avait une conscience minimale de la présence du thérapeute et était en relation avec lui. Mais la relation verbale était sans doute d'un niveau trop élevé sur la hiérarchie des tendances à l'action. Il prit alors la main de la patiente dans sa PE tout en répétant avec elle « elle mérite d'être frappée. Il doit y avoir des raisons à cela. » Le thérapeute sentit alors que la main de la patiente commençait à bouger peu à peu. D'un monologue avec peu de contact avec la personne présente, cela passait à un lien au niveau corporel. Le thérapeute dit alors des phrases comme « oui, c'est moi, c'est la main qui va avec la voix. » La PE commença à avoir plus de contacts visuels avec le thérapeute et cessa de dire « elle mérite d'être frappée. » Ainsi elle montait dans la hiérarchie des tendances à l'action en augmentant ses capacités relationnelles.

Alors le thérapeute pensa que c'était le bon moment de dire à nouveau : « il doit y avoir de bonnes raisons pour qu'elle mérite d'être frappée. Vous pouvez en parler ? » La PE répondit : « Elle est mauvaise. » Ainsi elle passait à un discours plus développé. Le thérapeute demanda alors : « Qui dit ça ? » La PE commença à être plus agitée, les bras et les jambes bougeant ainsi que la tête. Le thérapeute rajouta : « Ça doit être difficile. Alors vous ne devez rien dire. » La patiente redescendait dans la hiérarchie des tendances à l'action par des actions sensorimotrices réflexes au niveau des bras, des jambes et de la tête. Le thérapeute devait être attentif à cela. Lors d'une séance suivante : « Vous pouvez bouger les bras et les jambes ou bien vous pouvez dessiner peut-être. » Et il proposa à la patiente dans sa PE un bloc de papier et un feutre. Elle ne réagit pas tout de suite, mais avec les encouragements du thérapeute, elle prit le feutre et écrivit lentement comme une enfant : « papa ». Ainsi la patiente put passer à une tendance à l'action d'un niveau supérieur (utiliser un mot simple et le symboliser par écrit) tout en respectant ce qui s'avéra plus tard être une interdiction de parler.

LA HIÉRARCHIE DES TENDANCES À L'ACTION

Tendances à l'action de niveau supérieur 9. TA progressives 8. TA expérimentales 7. TA prérefléchies prolongées	Soi	Sentiment de soi comportant des idéaux favorisant davantage d'actions futures
	Temps	Sentiment du temps fixe de la présentification → sentiment croissant de la relativité de temps et de l'espace
	Souvenir	Souvenirs narratifs et déclaratifs soutenant davantage d'actions futures
	Régulation	Actions basées sur des principes moraux et rationnels/éthiques → exploration systématique du monde interne et externe (actions se basant sur des résultats d'expérimentations)
Tendances à l'action de niveau intermédiaire 6. TA réfléchies 5. TA présymboliques prérefléchies	Soi	Sentiment de soi social → sentiment de soi personnel → être membre d'un groupe → être un individu
	Temps	Présentification réduite → présentification visiblement élargie
	Souvenir	Souvenir déclaratif comportant un laps de temps plus grand
	Régulation	Actions fixés par des schémas prédéfinis → influence importante de la fantaisie sur la perception, les affects, les pensées et le comportement → comportement basé de plus en plus sur la réflexion
Tendances à l'action de niveau inférieur 4. TA symboliques élémentaires 3. TA sociopersonnelles présymboliques 2. TA régulatrices présymboliques (perceptuelles-suspensives) 1. Réflexes de base (tendances reflexes)	Soi	Sentiment de soi manquant → soi corporel → soi non-verbal → sentiment de soi partagé
	Temps	Estimation minimale du temps → estimation rudimentaire → capacités en développement de lier passé, présent et futur → capacités accrues de contenir passé, présent et futur dans des représentations symboliques
	Souvenir	Souvenir procédural → souvenir non verbal déclaratif → souvenir appaissant narratif déclaratif
	Régulation	Tout ou rien (réactions explosives) → planification rudimentaire → régulation sociale par imitation et coopération → utilisation d'outils (symboles inclus), actions symbolisées
Des mouvements désorganisés non dirigés - pas de tendances à l'action		

Tableau 8 : Les tendances à l'action selon Van der Hart et al. (2010) et Nijenhuis (2009), se basant sur Janet.

<p align="center">Atteindre les tendances à l'action de niveau supérieur</p> <p align="center">Les actions thérapeutiques visent à : Faire des expérimentations qui permettent de dépasser la fixité des TA inférieures. La thérapie représente un travail qui tend de tâches simples (traitement phase 1) vers des tâches plus complexes (phase 2 et 3 du traitement). Le succès pour des tâches faciles augmente le degré des TA.</p> <p align="center">TA réfléchies prolongées → TA expérimentales → TA progressives</p>
<p align="center">Dépasser les tendances à l'action de niveau intermédiaire</p> <p align="center">Les actions thérapeutiques visent à : Identifier et demander des actions mentales et comportementales transmises par des schémas figés grâce à l'effacement de convictions et pulsions immédiates et grâce au renforcement de la réflexion (p.ex. renforcement de processus d'actions guidés par la perception et le comportement)</p> <p align="center">TA symboliques prérefléchies → TA réfléchies</p>
<p align="center">Dépasser les tendances à l'action de niveau inférieur</p> <p align="center">Les actions thérapeutiques visent à : Aborder l'évitement / fuite phobique et les autres effets du conditionnement classique et opérant Augmenter la qualité des processus : Perception - Mouvement - Evaluation Augmenter la régulation sociale à travers imitation et coopération Renforcer l'utilisation d'outils, symboles inclus Renforcer les actions symbolisées (rituels)</p> <p align="center">Reflexes de base → TA régulatrices présymboliques → TA sociopersonnelles présymboliques → TA symboliques élémentaires</p>

Tableau 9 : Les tendances à l'action et les implications thérapeutiques selon Van der Hart et al. (2010) et Nijenhuis (2009), se basant sur Janet. (Tableau par E. Zimmermann & O. Piedfort-Marin).

A travers cette vignette clinique, on voit qu'avec des PE, de par leur rigidité et stabilité, les changements doivent être minimaux et que le thérapeute doit guider les changements en tenant compte des possibilités de la partie en question. Dans la vignette ci-dessus, la PE a pu passer d'un réflexe de base (frapper) à des tendances à l'action symboliques élémentaires. Il eut été impossible d'argumenter qu'il n'est pas bon de frapper. Cela aurait impliqué des tendances à l'action de niveau intermédiaire auxquelles la patiente dans sa PE n'avait pas encore accès.

Monter dans la hiérarchie des tendances à l'action est aussi un travail difficile pour les PAN. La vignette clinique qui suit illustre comment aider une PAN à monter dans la hiérarchie des tendances à l'action.

Vignette clinique

Madame Aline N., dans sa PAN, utilisait régulièrement des somnifères pour se couper de ses émotions et des intrusions des PE. Elle pouvait prendre des somnifères sans que cela ne la fasse dormir. Par contre cela la coupait des intrusions dissociatives qu'elle ne pouvait supporter. Avec l'émergence de souvenirs de violences sexuelles par son père, son monde s'écroulait et elle refusait ces souvenirs. Pour éviter les intrusions d'images et de sensations, elle découvrit par hasard des somnifères ne nécessitant pas d'ordonnance médicale. C'est une tendance à l'action de bas niveau de prendre une substance pour éviter les intrusions. Il fallut un travail motivationnel important pour qu'elle réduise la prise de cette substance. Cela impliquait qu'elle partage avec son thérapeute le contenu de ses intrusions, ce qui était inacceptable pour elle. En partageant ses intrusions, celles-ci devenaient plus réelles et elle rechutait alors dans la prise de substances. En séance, le thérapeute l'entraîna à rester en contact avec les intrusions pour quelques secondes seulement avant de les éviter à nouveau. Progressivement, elle développa plus de capacité de faire face aux intrusions sans l'action réflexe d'évitement mental ou par des substances. Alors que la thérapie stagnait de manière inquiétante et que la patiente refusait une hospitalisation, le thérapeute crut bon de la confronter. Il prit des peluches qui était sur la table de son bureau (symbolisation par des objets), et les mit sur le canapé. Puis il dit à la patiente : « voilà ce que vous faites : vous avez en vous ces parties enfants mais en fait vous voulez faire comme si vous n'en aviez pas (le thérapeute jeta alors les peluches derrière le canapé). Alors vous prenez des somnifères et ça les met à distance, mais elles reviennent encore et encore et vous reprenez des somnifères,

et ça recommence (le thérapeute reprenait les peluches et les jetait à nouveau derrière le canapé). C'est un cercle sans fin. Je sais que c'est très difficile, mais si vous voulez vous en sortir, vous n'avez pas d'autre choix que de vous rapprocher de ces parties enfants en vous, progressivement.» La patiente écoutait attentivement sans rien dire. Puis le thérapeute prit une peluche et la rapprocha de son torse peu à peu, tout en disant « c'est difficile, très difficile, mais c'est ce chemin qu'il faut prendre, je crois. Se rapprocher de ces parties enfants, l'une après l'autre.» En symbolisant les PE par des peluches et en mimant le mouvement de se rapprocher d'elles, le thérapeute faisait office de modèle. Dépasser l'impasse thérapeutique nécessitait de se mettre au niveau (bas) des tendances à l'action de la patiente. Une thérapie strictement verbale s'avérait sans issue parce que la patiente dans sa PAN était – pour ce problème – à un niveau très bas de la hiérarchie des tendances à l'action. Il fallut une symbolisation et un modeling par le thérapeute pour que la patiente s'engage dans de nouvelles tendances à l'action et accepte le contact avec les PE qui s'avérèrent porter des souvenirs de violences sexuelles par le père.

Dans cette vignette, dans un premier temps le thérapeute a travaillé avec la patiente au niveau des tendances à l'action de niveau intermédiaire, voire même des tendances à l'action pré-réfléchies prolongées (niveau supérieur), mais c'était d'un niveau beaucoup trop élevé pour la patiente dans sa PAN. En passant à un niveau inférieur de tendances à l'action, par l'utilisation d'objets et de gestuelles symboliques, il put se mettre au niveau de la PAN et lui permettre de l'accompagner dans l'amélioration du niveau des tendances à l'action. Cela lui permit de s'exposer peu à peu à ses PE, et dans un second temps de cesser la prise de somnifères.

La thérapie avec les patients TD, en particulier les patients TDI partiel et TDI, ne devrait pas être strictement verbale, mais impliquer les aspects sensorimoteurs, symbolique pré-verbaux. Quand bien même ces patients dans leur PAN montrent des capacités élevées au niveau social ou professionnel, cela ne veut pas dire qu'ils ont les mêmes capacités dans le travail thérapeutique. Le thérapeute devra être attentif au niveau des tendances à l'action de la patiente dans sa/ses PAN et sa/ses PE. N'oublions pas que les PAN sont des parties *apparemment* normales.

Nous avons ainsi vu les principes généraux de la thérapie des TD, ainsi que deux aspects centraux davantage en lien avec la TDSP : être au plus proche de l'expérience du sujet et favoriser les changements. Nous allons maintenant aborder le thème de la stabilisation du patient.

3.5. La stabilisation des symptômes dissociatifs.

Selon les cas, stabiliser les symptômes dissociatifs peut être un défi de chaque séance. La classification des symptômes dissociatifs telle que proposée par Nijenhuis (1999), puis par Van der Hart et al. (2010) est utile au niveau clinique. En classifiant les symptômes dissociatifs liés à des traumatismes selon qu'ils sont psychoformes (cognitivo-émotionnels) ou somatoformes (sensorimoteurs), positifs ou négatifs, la TDSP donne aux thérapeutes une meilleure vision des différents symptômes possibles. Ceci d'autant plus que la dissociation est souvent considérée sous l'angle des symptômes négatifs (hypoactivation) (Lanius et al., 2010) alors que cela va au-delà selon la définition que nous donnons à la dissociation en suivant en cela la TDSP (Dorahy & Van der Hart, 2015 ; Nijenhuis, 2017b). Le tableau 10 suivant illustre cette classification.

Tableau 10 : Classification des symptômes dissociatifs d'origine traumatiques : symptômes psychoformes versus somatoformes et positifs versus négatifs.

	Symptômes psychoformes ou cognitivo-émotionnels	Symptômes somatoformes ou sensorimoteurs
Symptômes négatifs	<ul style="list-style-type: none"> -Amnésie -Dépersonnalisation (sortie du corps): une partie observe le comportement d'une autre partie -Déréalisation (ne pas reconnaître l'environnement, des amis) -Restriction des affects -«Perte» de talent ou capacités 	<ul style="list-style-type: none"> -Symptômes de conversion : perte de l'ouïe, La vision, la parole, l'odorat, le goût, la force dans les bras ou les jambes, paralysie. -Perte de sensations : ne plus sentir la douleur, la faim, la soif, la chaleur, etc. «je ne suis qu'une tête» (absence de connexion avec le corps)
Symptômes positifs	<ul style="list-style-type: none"> -Flash-backs -Symptômes Schneidérien de premier rang: voix commentant, se disputant, pleurant (interne), donnant des ordres. -Expériences d'influence de pensées, d'impulsions, d'actions, pensées volées ou insertion, hallucinations (liées au traumatisme), délires (liés au traumatisme), expérience d'influence corporelle -Intrusions de parties dissociatives 	<ul style="list-style-type: none"> -Douleurs, tics -Crises pseudo-épileptiques -Mouvements involontaires (tremblement jusqu'à un déplacement comme dans la fugue) -Perceptions sensorielles sans lien avec le ici et maintenant

Cette classification est aussi utile lorsqu'elle est associée à une question à se poser constamment en thérapie : qui fait quoi et dans quel but ? (Nijenhuis, 2017a). C'est-à-dire : quelle partie dissociative (agent) produit l'action (les symptômes) et dans quel but (volonté). Car toute action est dirigée vers un but.

C'est la une question centrale dans le traitement des personnes TD. Par exemple : est-ce la PAN qui est dépersonnalisée par habitude, pour mieux éviter les stimuli qui pourraient annoncer l'émergence d'un souvenir traumatique ? Ou la PAN est-elle sous l'influence d'une PE qui revit l'expérience de dépersonnalisation péri-traumatique comme souvent lors d'une menace extrême ? Ou encore, est-ce une PE qui revit un état de modification des perceptions sensorielles par l'ingestion imposée d'une substance ? Selon le cas auquel thérapeute et patient sont confrontés, le choix des interventions thérapeutiques ne sera pas le même.

Cette question « qui fait quoi et dans quel but ? » doit être une question automatique pour le thérapeute, et ceci dès les premières séances. Avec cette question à l'esprit, cela aidera le thérapeute à travailler progressivement en direction de l'intégration dès les premières séances. C'est ce que nous développons dans l'article suivant que nous présentons maintenant.

Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique: Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives

Coping with trauma related dissociative symptoms : integrative versus non-integrative therapeutic interventions

Olivier PIEDFORT-MARIN¹

¹Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Suisse.

Résumé

Les patients atteints de Trouble dissociatif de l'identité ou d'autres troubles dissociatifs complexes présentent souvent en séances des symptômes dissociatifs très perturbants. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité facilite la conceptualisation des symptômes dissociatifs d'origine traumatique, guidant ainsi le choix des interventions psychothérapeutiques. Ces symptômes dissociatifs d'origine traumatique peuvent être somatoformes ou psychoformes, positifs ou négatifs. Cet article propose une liste d'interventions possibles pour gérer ces symptômes lors des séances de psychothérapie, en catégorisant ces interventions selon leur valeur intégrative versus non-intégrative. Les interventions non-intégratives se basent sur l'idée d'un être humain unifié alors que les interventions intégratives tiennent compte de la dissociation structurelle de la personnalité et ciblent le travail d'intégration nécessaire. Ces moyens de gestion peuvent également être utilisés par les patients en dehors des séances, leur donnant ainsi plus d'autonomie face à leur maladie.

Mots-clés : Trouble dissociatif ; Dissociation ; Psychothérapie.

Abstract

Patients suffering from Dissociative Identity Disorder or other complex dissociative disorders often have disturbing dissociative symptoms during therapy sessions. The theory of structural dissociation of the personality allows for a better conceptualization of the dissociative symptoms, therefore guiding the choice of psychotherapeutic interventions.

These trauma-related dissociative symptoms can be either somatoform or psychoform, positive or negative. This article proposes a list of possible interventions to cope with these symptoms when they occur during therapy sessions, by categorizing the interventions according to their integrative versus non-integrative value. Non-integrative interventions are based on the idea of a unified human being, while integrative interventions take into account the structural dissociation of the personality and target the necessary work of integration. These coping tools can also be used by patients in between therapy sessions, giving them more autonomy in dealing with their disorder.

Key words : Dissociative disorder ; Dissociation ; Psychotherapy.

Introduction

Le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) est caractérisé par la présence de « deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts » (DSM-5, American Psychiatric Association [APA] 2015). L'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (ATDS-1) (auparavant nommé Trouble dissociatif non-spécifié de type 1 dans le DSM-IV, 1994) présente des états de personnalité moins formés ou moins autonomes. Le traitement de ces troubles dissociatifs complexes est souvent long et difficile. De par leur sévérité et leur complexité, les symptômes des patients souffrant d'un tel trouble sont un défi pour le psychothérapeute même chevronné. Il existe un consensus au sein des spécialistes (International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011 ; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010) pour affirmer que l'existence de plusieurs identités ou états de personnalité distincts est d'origine traumatique et réside dans un manque d'intégration. Le but ultime de la psychothérapie devrait donc être d'atteindre l'intégration de ces états de personnalité. Selon un large consensus international il est conseillé que le traitement des personnes souffrant de séquelles de traumatismes soit réalisé en trois phases (ISSTD, 2011). La première phase se concentre sur la sécurisation du patient dans sa réalité actuelle, la stabilisation avec réduction des symptômes, l'amélioration de la régulation émotionnelle et l'activation de ressources. La seconde phase cible la résolution des mémoires traumatiques, avant la troisième phase dont le but est l'aboutissement de l'intégration globale. Se pose la question du moment adéquat pour commencer le travail d'intégration des états de personnalité. La structure dissociative de la personnalité explique les symptômes que l'on devrait tenter de stabiliser en phase 1 du traitement, et qui peuvent être le fait d'états de personnalité. Mais comme ces derniers se sont formés à partir d'événements traumatiques, on pourrait considérer que le travail d'intégration des états de personnalité fait partie du travail de résolution des mémoires traumatiques. Il en résulte une difficulté à articuler et conceptualiser le travail de réduction des symptômes et celui favorisant l'intégration à long terme. Cet article propose qu'il peut être utile est parfois favorable à la thérapie d'utiliser des interventions thérapeutiques intégratives dès le début de la thérapie, même si des interventions non intégratives sont parfois nécessaires. Les interventions thérapeutiques intégratives prennent en considération la présence de plusieurs états de personnalité. Les interventions non-intégratives sont élaborées à l'origine avec une conception unifiée du sujet. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

A côté des symptômes strictement dissociatifs, ces patients peuvent par ailleurs présenter de nombreuses comorbidités. Les symptômes dissociatifs et comorbides sont souvent stables ou se présentent sur le long terme ou par phases de moyenne durée. Pour le traitement de ces symptômes stables, on peut se référer aux lignes directrices de l'ISSTD (2011) et aux quelques ouvrages de spécialistes internationaux traduits en français (Philipps & Frederick, 2001 ; Boon, Steele & Van der Hart (2014) ; Van der Hart et al., 2010). Les patientes atteintes de TDI ou d'ATDS-1 présentent aussi des symptômes dissociatifs isolés, pouvant néanmoins apparaître de manière récurrente, également en séance. Ils peuvent submerger le patient, surprendre le thérapeute, et aller jusqu'au blocage de la thérapie, ou à une hospitalisation qui pourrait parfois être évitée avec une bonne connaissance de ces pathologies.

Cet article a pour objectif d'analyser l'origine et le fonctionnement de ces symptômes dissociatifs isolés, de les répertorier, et de proposer pour chacun d'entre eux différentes interventions possibles, intégratives et non-intégratives. Le clinicien aura ainsi une panoplie d'interventions thérapeutiques à disposition lors de l'émergence soudaine en séance de tels symptômes dissociatifs isolés. En outre le patient pourra également en bénéficier en réitérant ces interventions à domicile, renforçant ainsi son autonomie.

Description des troubles dissociatifs complexes selon le DSM-IV

Le DSM-5 (2015) décrit le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) comme « une perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts », ce qui « implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité » (critère A). Ces phénomènes ne sont pas expliqués par l'utilisation d'une substance. Il peut être difficile de s'imaginer qu'une personne puisse avoir plusieurs états de personnalité parce qu'en fait nous n'avons qu'une seule identité légale. Les personnes présentant un TDI peuvent avoir l'air d'être assez « normales », c'est-à-dire de vaquer à leurs occupations, travailler, avoir un comportement assez adéquat ou globalement satisfaisant, puis soudainement présenter un comportement différent d'une durée très variable. Par exemple, elles peuvent se comporter tout d'un coup comme un enfant joueur ou comme un enfant apeuré, ou présenter un comportement agressif à l'opposé de leur comportement habituel, ou encore être paralysée et ne plus pouvoir parler. A côté d'états de personnalité bien identifiables par un comportement ou un langage

distincts, certains ont une présentation plus discrète et un collègue non averti peut ne pas s'apercevoir qu'il converse en fait avec un autre état et que la partie « adulte » n'est plus présente. Ces moments peuvent être de durée brève (quelques secondes) ou plus longues (plusieurs heures ou jours). La personne peut ne pas se souvenir de ce passage dans cet autre état de personnalité (critères B : amnésies) ou en avoir un souvenir vague ou partiel. L'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (ATDS-1) est décrit dans le DSM-5 (p. 363) par ces lignes : « Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes : cette catégorie inclut des perturbations de l'identité associées à des failles non graves dans le sens du soi et de l'agentivité, ou à des altérations de l'identité [...] chez une personne qui ne rapporte pas d'amnésie dissociative ». Cette description manque de clarté et de précision alors que l'ATDS-1 est sans doute aussi invalidant et fréquent que le TDI selon une étude réalisée en Suisse (Müller-Pfeifer & al., 2012), voire plus invalidant (Nijenhuis, communication personnelle, 2012). Le TDI et l'ATDS-1 forment les troubles dissociatifs complexes.

Au niveau clinique on peut considérer que la différence principale entre le TDI et l'ATDS-1 réside dans l'autonomie des états de personnalité (Steinberg, 1994). Dans le TDI les états de personnalité sont autonomes, c'est-à-dire que la personne peut avoir une amnésie et ne pas réaliser que ses perceptions, sensations, émotions et cognitions, ainsi que son corps sont à certains moments sous le contrôle d'une autre entité qui exécute des actions mentales et comportementales dans l'environnement. Par exemple la personne ne se rappelle pas ce qu'elle a fait dans l'après-midi mais retrouve des signes qu'elle a été faire des achats. Un patient sympathique et affable passait soudainement dans des états de colère lors desquels il agressait verbalement ces collègues de travail et avait une amnésie totale de ces moments. On peut observer de visu des changements d'un état de personnalité à un autre (que l'on nomme « *switch* », à partir du terme anglais), dont la personne peut ne pas avoir conscience. Dans l'ATDS-1, les états de personnalité secondaires sont moins autonomes de la partie « adulte » qui vit au quotidien (l'identité légale). Il en résulte qu'elle ressent l'émergence d'un autre état, sous forme de symptômes divers qui seront présentés plus loin. On nomme ce phénomène, typique de l'ATDS-1 et du TDI en phase d'amélioration, co-présence (Philipps & Frederick, 2001), dans la mesure où la personne « adulte » et un ou plusieurs autres états de personnalité partagent l'espace perceptuel, corporel, sensoriel, émotionnel, cognitif et comportemental, chacun avec des apports différents. Il en résulte souvent des symptômes

difficilement gérables. Par exemple, une patiente ressentait le besoin imminent et difficile à refreiner de s'enfuir en courant du cabinet de son psychothérapeute qu'elle connaissait de longue date et en qui elle avait confiance. Une autre patiente sentait qu'elle perdait l'usage de la parole et tentait de communiquer avec effort mais sans succès. Une patiente avait la pensée de sauter par la fenêtre, en dehors de toute phase suicidaire ou dépressive. Ou encore, une patiente observait des tremblements importants de ses jambes sans comprendre de quoi il s'agissait alors qu'elle se reposait. Dans ces cas, les états de la personnalité ont des perceptions de soi, du monde, et de leur relation au monde (et aux autres) différentes: en reprenant le premier de ces exemples, on a ainsi en co-présence (1) la personne adulte qui connaît son thérapeute de longue date et a développé une bonne confiance en lui, et (2) un autre état qui émerge soudainement et ne connaît pas ou ne reconnaît pas le thérapeute et panique parce qu'il est un homme. Dans l'enfance un homme de confiance a exercé des violences graves sur cette personne ce qui a forgé des peurs tenaces des hommes chez cet état resté fixé sur ces traumatismes. De telles expériences peuvent être particulièrement perturbantes pour la patiente qui tente de restée ancrée dans le *ici et maintenant* mais n'arrive pas à contrôler les phénomènes sensoriels, émotionnels et comportementaux, souvent en lien avec de la douleur physique et/ou psychique intense. En outre, ces expériences, lorsqu'elles ont lieu en séance, peuvent amener de l'angoisse ou un sentiment d'impuissance chez le thérapeute qui aimerait réagir pour faire cesser ces phénomènes et apaiser la patiente, mais ne va peut-être pas comprendre ce qui se passe et n'aura donc pas l'intervention thérapeutique aidante à disposition.

La vignette clinique suivante illustre l'intérêt de pouvoir gérer adéquatement les phénomènes dissociatifs en prenant en considération les différents états de personnalité. Lors d'une séance de groupe sur le thème de la pleine conscience, une patiente passa soudainement dans un autre état de personnalité mutique et figé. Elle présenta alors un aspect que le thérapeute, ne connaissant pas le diagnostic de TDI de cette patiente, qualifia de fortement mélancolique. Après 15 minutes le collègue, inquiet et ne sachant que faire, évoqua la possibilité d'une hospitalisation immédiate. Cela alerta un autre état de la personnalité qui voulut éviter (à la patiente) de revivre de désagréables expériences de contrainte, et elle put émerger dans *l'ici et maintenant* pour demander à ce que l'on téléphona à son thérapeute individuel, ce qui fut fait. Ce dernier, au fait des problèmes de la patiente et formé aux techniques intégratives de gestion des symptômes

dissociatifs put calmer l'état de personnalité qui avait émergé, puis faire revenir l'état « adulte » et réorienter la patiente, le tout en dix minutes, évitant ainsi une hospitalisation coûteuse.

La dissociation structurelle de la personnalité

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart et al., 2010 ; Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthes, 2006) a été développée sur la base des travaux de Janet (1898, 1904, 1929, 1928, 1935) et de Myers (1940), enrichis des travaux de Panksepp (1998), confirmés par des recherches récentes en neurobiologie (pour une revue de la littérature, voir : Nijenhuis et al., 2006 ; Van der Hart et al., 2010 ; Nijenhuis, 2015 ; Reinders, Willemsen, Vos, den Boer, & Nijenhuis, 2002). Cette théorie propose que la traumatisation chronique pendant l'enfance amène à une séparation (dissociation) de la personnalité en plusieurs parties dissociatives (« états de personnalité » selon le DSM-5): avec le temps certaines continuent de s'engager dans les fonctions de la vie quotidienne et de la reproduction (survie de l'espèce) alors que d'autres restent fixées dans les souvenirs traumatiques. Ces dernières s'engagent alors dans des mécanismes ressemblant aux mécanismes de défense animale lorsqu'on est exposé à des dangers réels ou perçus (survie de l'individu). Les différentes parties dissociatives de la personnalité exercent donc différentes fonctions qui sont des systèmes d'action dérivés de l'évolution, comme l'attachement, l'exploration, le jeu, la défense, etc., et se manifestent dans des actions mentales et comportementales correspondantes. Les parties dissociatives engagées dans le quotidien (états « adultes ») ont tendance à éviter les souvenirs traumatiques pour mieux fonctionner au quotidien ; ce phénomène se met en place en particulier dans l'enfance lorsque les événements menaçants, comme des abus sexuels répétés ou d'autres formes de maltraitances et négligences, ont lieu fréquemment, voire quotidiennement, en particulier lorsque ces événements ont lieu au sein de la famille. Les expériences traumatiques sont alors contenues par une ou plusieurs parties dissociatives de la personnalité qui restent fixées sur ces expériences et peuvent devenir de plus en plus autonomes. Parce que leurs fonctions sont définies par des émotions de base en lien avec l'expérience traumatique (peur, colère, impuissance, tristesse, pleurs d'attachement), reprenant les définitions de Myers (1940), elles sont nommées par Van der Hart et al. (2010) « parties émotionnelles de la personnalité » (PE). Parallèlement, la

partie de la personnalité qui gère le quotidien évite activement les souvenirs traumatiques et les PEs, développant ainsi une phobie des PEs, problème central des troubles dissociatifs. Elle peut dès lors paraître relativement normale, même si le thérapeute avisé pourra remarquer un discours avec peu ou pas d'affect lorsque les traumatismes sont évoqués. Les auteurs nomment cette partie dissociative « partie apparemment normale de la personnalité » (PAN). Dans la suite de cet article nous utiliserons les termes de PE et PAN qui permettent une meilleure compréhension des phénomènes dissociatifs que le terme général d'états de personnalité utilisé dans le DSM-5.

Avec les patients nous utilisons une terminologie simple au plus proche de l'expérience subjective du patient par exemple, pour la PAN : « l'adulte » ; pour les PEs : « la petite Marie » ou « la petite Marie apeurée », « la Marie paralysée » etc.

La dissociation structurelle peut ainsi être la manifestation d'un large spectre de troubles liés à des traumatismes, dont les troubles dissociatifs complexes que sont le TDI et l'ATDS-1. Cette théorie est particulièrement utile pour la compréhension de ces troubles et va guider le processus thérapeutique en intégrant des apports des principales orientations thérapeutiques.

La clinique des symptômes dissociatifs

Certains considèrent les symptômes dissociatifs essentiellement comme des symptômes négatifs, c'est-à-dire la perte d'une fonction mentale pouvant prendre la forme de dépersonnalisation ou de déréalisation (Lanius et al., 2010). Cette conception a amené à l'intégration d'un sous-type « dissociatif » du Trouble stress post-traumatique dans le DSM-5 (APA, 2015) lorsque des symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation sont associés à ce trouble. D'autres néanmoins (Nijenhuis, 1999, 2014 ; Van der Hart et al., 2010) considèrent que la dissociation inclut deux types de symptômes : négatifs et positifs. Pour ces auteurs les symptômes post-traumatiques intrusifs sont aussi des symptômes dissociatifs et le sous-type dissociatif du Trouble stress post-traumatique un contre-sens. Selon cette approche, on peut retenir quatre types de symptômes dissociatifs: symptômes somatoformes et psychoformes, positifs et négatifs. On parle de symptômes dissociatifs positifs lorsqu'il y a présence pathologique d'une fonction sans origine organique et avec une origine dissociative. On parle de

symptômes dissociatifs négatifs lorsqu'il y a absence pathologique d'une fonction sans atteinte organique et avec une origine dissociative.

Les symptômes psychoformes négatifs sont l'amnésie, la dépersonnalisation (division entre une partie de soi qui vit l'expérience et une partie qui observe), la déréalisation, et l'anesthésie émotionnelle. Les symptômes somatoformes négatifs sont l'analgésie, l'inhibition motrice (la perte de la capacité de mouvoir un membre ou le corps, ou la perte de la capacité d'élocution), et la perte de sensation physique (anesthésie). Les symptômes psychoformes positifs peuvent être des symptômes intrusifs comme des voix ou des émotions émanant d'une PE, ou un revécu du traumatisme par des perceptions visuelles ou auditives, des affects et des cognitions, appartenant au vécu du trauma (flash-back). Les symptômes somatoformes positifs peuvent être des symptômes intrusifs comme des mouvements involontaires (tics, pseudo-épilepsie, tremblements, gestes involontaires) ou des sensations corporelles émanant d'une PE, donc sans lien avec le contexte du moment. Ils peuvent se présenter aussi sous la forme d'un revécu du traumatisme par des sensations corporelles (des sensations et des mouvements appartenant au traumatisme). Cette catégorisation clinique est pertinente avec la théorie de la dissociation structurelle et d'une grande utilité en vue de planifier la gestion des symptômes.

La gestion des symptômes dissociatifs

Deux approches s'opposent concernant la gestion des symptômes dissociatifs dans un objectif de stabilisation du patient. L'une prend en considération la structure dissociative de la personnalité et la présence d'un système interne, et vise l'intégration progressive des parties dissociatives. Nous l'appellerons donc gestion intégrative. Dans la stabilisation basée sur la théorie de la dissociation structurelle, on s'adresse à un système formé par la PAN et des PEs; il faut donc prendre en considération les relations systémiques au sein de la personnalité entre toutes les parties dissociatives, et garder à l'esprit que les symptômes sont l'expression d'une ou plusieurs parties, ou d'un conflit entre deux ou plusieurs d'entre elles. La stabilisation ciblant le système interne dans son ensemble (PAN et PEs) a une fonction intégrative dans la mesure où elle vise à long terme l'intégration des parties dissociatives, y compris quand on n'aborde pas encore directement le travail sur les traumatismes. La seconde approche propose de gérer les symptômes du patient comme s'il s'agissait de sa propre expression

maladaptée, et est basée sur l'idée d'un être humain unifié, sans tenir compte d'une dissociation interne. Nous l'appellerons gestion non-intégrative parce qu'elle ne vise pas (ou pas directement) l'intégration des parties dissociatives. En présence d'une dissociation structurelle, cette seconde approche permettra la stabilisation de la seule PAN. Cela peut avoir l'avantage de renforcer les ressources de la PAN en vue d'une future confrontation aux PEs mais l'inconvénient important de renforcer la PAN dans ses évitements des mémoires traumatiques et du contact avec les PEs.

Les techniques de gestion non-intégratives sont souvent d'orientation cognitivo-comportementale et basées sur un travail clinique développé pour d'autres pathologies, comme pour les troubles de personnalité Borderline (Linehan, 1993/2000), les états de stress post-traumatiques (thérapie TARGET - Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy - et technique de focusing SOS - Slow down, Orient yourself, Self-check - : Ford et Russo, 2006) ou les troubles alimentaires avec une histoire de traumatismes (Vanderlinden, 2012). Un certain nombre de patients peuvent ainsi améliorer leur état général, mais la structure dissociative reste inchangée puisque non traitée, et les symptômes peuvent réapparaître dès que le niveau d'énergie du sujet baisse, ou sous l'effet d'un stress ou de la réactivation d'une mémoire traumatique, comme lorsque la fille d'une patiente atteint l'âge qu'elle avait elle-même au moment des abus sexuels vécus dans son enfance.

La gestion intégrative est un travail clinique développé pour des patients souffrant de séquelles de traumatisation complexe et de troubles dissociatifs, que l'on retrouve chez divers auteurs (Reddemann, 2001, 2011 ; Phillips & Frederik, 2001 ; Van der Hart et al., 2010, Boon & al, 2014), suivant en cela les recommandations de l'ISSTD (2011). Si l'approche intégrative est celle qui doit être proposée en premier choix, il est parfois impossible de l'appliquer, par exemple lorsque le patient rejette l'origine dissociative de ses troubles ou lorsque le thérapeute a des réticences à l'idée d'aborder la question de parties dissociatives de la personnalité ou lorsqu'il n'est pas ou pas assez formé dans le traitement des troubles dissociatifs. La gestion non-intégrative a alors son intérêt. Nous observons à travers nos activités de formation et de supervision que de nombreux collègues, jeunes ou expérimentés, issus de différentes approches thérapeutiques, tendent à revenir à l'idée d'un patient unifié dès qu'ils sont déséquilibrés. Certains font un bon travail intégratif avec leurs patients souffrant de TDI ou ATDS-1, mais dès qu'une difficulté apparaît dans le traitement, ils reviennent à l'ancienne habitude

de traiter « le patient », c'est-à-dire la PAN uniquement. C'est aussi pour ces cas de figure que cet article est conçu, à savoir proposer un outil pédagogique qui aidera le psychothérapeute lors des moments d'incertitude pendant la thérapie, et ils sont nombreux avec ces patients, en particulier lors de l'émergence de symptômes dissociatifs isolés invasifs.

Selon Brand (2001) et Kluft (1993) les patients devraient apprendre déjà dans la phase 1 du traitement à comprendre leur système interne et la PAN à dépasser sa phobie des PE et à coopérer avec elles. Ainsi les symptômes des patients ayant un TDI ou un ATDS-1, ou d'autres troubles d'origine dissociative, devraient déjà en phase 1 être abordés en tenant compte de la dissociation structurelle sous-jacente. Cela a deux avantages : (1) on travaille sur la structure donc plus en profondeur dès le début, (2) le sujet apprend des techniques qui lui seront utiles à toutes les phases du traitement. Dans ce sens, les techniques à valeur intégrative devraient être favorisées, autant pendant les séances de psychothérapie qu'à domicile, le cas échéant sous forme de tâches à réaliser par le patient entre les séances. Une étude récente (Myrick, Chasson, Lanius, Leventhal, & Brand, 2015) a étudié la pratique thérapeutique de près de 100 thérapeutes exerçant en cabinet privé aux USA pendant les phases 1 et 2 du traitement de patients ayant un trouble dissociatif complexe (TDI et ATDS-1). Leur pratique a été comparée aux avis d'experts. Il en ressort un accord pour « identifier et travailler avec les parties dissociatives et améliorer la coopération » entre elles déjà dans la première phase du traitement. Les résultats de l'étude ne pouvaient pas démontrer que l'amélioration de la symptomatologie était due spécifiquement au travail avec les parties dissociative, néanmoins les résultats démentaient l'idée que le recours à de telles techniques puisse être néfaste aux patientes et patients.

Gestion des symptômes dissociatifs à valeur intégrative versus non-intégrative

Nous proposons ici une liste non-exhaustive de différentes techniques permettant de gérer les symptômes dissociatifs, en distinguant la gestion intégrative et la gestion non-intégrative. L'objectif est de participer au passage de la « riche tradition orale dans le champ des troubles dissociatifs » (Boon & al., 2014, p. 23) dans des publications francophones. Cette liste d'interventions est principalement le fruit de l'enseignement de Ellert Nijenhuis (communications personnelles, 2004-

2014) et d'expériences cliniques de l'auteur, enrichies de divers échanges avec des collègues lors de séminaires et congrès. Nous avons renoncé à chercher les références éventuelles de certaines de ces techniques ou interventions, étant donné qu'elles peuvent avoir été développées par plusieurs auteurs en même temps et ont souvent été transmises oralement. Une référence bibliographique ne sera mentionnée que pour des techniques spécifiques dont l'origine est clairement connue.

Gestion des symptômes dissociatifs positifs

Le switch.

Le switch est le phénomène central du TDI : il s'agit du passage brutal ou progressif d'une partie dissociative à une autre. Certains peuvent considérer que le patient devrait « rester ici », ou que la partie dissociative qui émerge devrait « rester à l'intérieur », pour éviter au patient d'entrer dans un état pathologique, alors que la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité considère qu'il peut être fructueux d'accueillir une partie dissociative qui apparaît en séance. L'ISSTD (2011) soutient aussi cette approche et considère comme « franchement contre-thérapeutique » d'ignorer des PE. On peut considérer en effet que si une PE vient en séance, c'est qu'elle a un but et quelque chose à communiquer qui peut être primordial pour la psychothérapie. Cela peut être aussi l'occasion d'accueillir cette PE, de réguler sa tension émotionnelle et de lui offrir une expérience positive de régulation interactive avec le thérapeute, améliorant ainsi l'alliance de cette PE à l'égard du thérapeute. Par modeling avec le thérapeute la PAN pourra très progressivement diminuer sa phobie des PE et apprendre à les réguler elle-même. Par ailleurs empêcher les switches en séance ne va pas forcément prévenir leur apparition en dehors des séances.

Le tableau 1 présente les différentes techniques possibles, avec et sans fonction intégrative, à utiliser lors d'un switch. On note que les interventions avec fonction intégrative visent à faciliter la communication de la PE qui émerge. Il est primordial de ne pas être suggestif et d'avoir une approche phénoménologique, d'accueillir ce que la PE a à dire et de le respecter. L'utilisation thérapeutique du dialogue qui peut s'instaurer entre le clinicien et la PE dépasse le cadre de cet article.

Tableau 1 : Gestion avec et sans fonction intégrative des switches (passage d'une partie dissociative à une autre).

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Stopper le switch, p. ex. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dire à la patiente : « Restez ici ! » - Aider la patiente à se réorienter dans le <i>ici et maintenant</i> : « Regardez cette pièce, vous la reconnaissez ? » - Donner à la patiente une boule en plastique avec des piquants pour la réorienter dans le <i>ici et maintenant</i> par des sensations physiques. 	<p><i>Dire p.ex. :</i></p> <p>« Oui, qu'est-ce qu'il se passe ? Il me semble que quelque chose a changé ».</p> <p><i>Eventuellement décrire les changements physiques, p.ex. :</i></p> <p>« Je vois que les jambes tremblent, que le bras ne bouge plus, le regard se porte vers le mur (etc.) ».</p> <p>« Oui ? – je vous écoute – vous voulez dire quelque chose ? »</p> <p><i>Puis si un contact se développe et qu'il semble plausible qu'il s'agisse d'une PE, commencer par des questions simples :</i></p> <p>« Je vous écoute ». <i>Puis plus tard :</i> « Pourquoi venez-vous ? – Ça doit être important pour vous de venir »*.</p>

* L'usage du tutoiement ou du vouvoiement des PE dépend de la langue et des usages de la région linguistique (Belgique, France, Suisse ou Canada) et de certaines considérations et questionnements théoriques. Ainsi le tutoiement des PE enfants n'est pas automatique. Une des questions qui oriente le choix de tutoyer une PE enfant est de savoir par exemple si le fait de faire une différence entre les PE et la PAN peut renforcer la dissociation. Les PEs font partie d'un système entier que je vouvoie, et dans ma pratique clinique je vouvoie en général les PE enfant et bébé sans problème. La manière de mener un dialogue avec les PEs dépasse le cadre de cet article.

Les intrusions visuelles, émotionnelles, sensorielles et corporelles.

Les intrusions visuelles, émotionnelles, sensorielles et corporelles sont parmi les symptômes dissociatifs les plus pénibles pour les patients. Ils amènent souvent un contenu traumatique sévère que la PAN et d'autres PEs aimeraient éviter et cela peut fortement déstabiliser le patient. Par ailleurs les symptômes intrusifs empêchent fréquemment la PAN de fonctionner au quotidien, handicapant son attention, sa concentration et ses capacités d'action. Le contenu des intrusions visuelles est le plus souvent clairement traumatique, mais pas toujours considéré comme tel si le contenu est incomplet et ne restitue pas la totalité de l'événement, ou si la PAN a une amnésie des événements traumatiques en question. Les intrusions émotionnelles sont des émotions d'une PE qui font irruption chez la PAN, sans lien ou sans lien apparent avec le contexte actuel. Les intrusions sensorielles et corporelles ont un lien avec un événement traumatique ou avec un but d'une PE et peuvent prendre la forme de sensations, douleurs, migraines, raideurs musculaires, fourmillements, tremblements, problèmes psychosomatiques, tics, etc. Ces phénomènes n'ont pas de substrat organique. Les tableaux 2, 3 et 4 présentent différents types d'interventions possibles.

Tableau 2 : Gestion avec et sans fonction intégrative des symptômes intrusifs visuels: images intrusives (hallucinations visuelles), cauchemars, flashback.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Distraction visuelle.</i> Ex. : Amener le patient à se concentrer sur d'autres images internes positives ou neutres Ex. : Amener le patient à porter son attention sur certains objets agréables de la pièce Ex. : Utilisation d'une télécommande imaginaire pour réduire, éloigner, flouter ou estomper l'image, changer de chaîne, etc.</p>	<p><i>Motiver la patiente (PAN) à entrer en contact avec la PE qui amène l'image et à lui dire p.ex. :</i> « J'ai compris que tu veux que je vois ces images, mais seulement un peu à la fois STP, et je viendrai vers toi plus tard ». « STP seulement une image pour aujourd'hui, et une autre demain » « STP seulement une partie de l'image et une autre partie plus tard dans la journée, et seulement pour 2 secondes », etc.</p>

Les interventions sans fonction intégrative se basent essentiellement sur la distraction alors que les interventions à valeur intégrative proposent à la PAN de négocier avec la PE pour baisser l'intensité de l'intrusion ou proposer un moment planifié, donc sous contrôle, dédié à cette communication, moment que la PAN choisira lorsqu'elle a un niveau d'énergie suffisant pour y faire face et tenter d'accueillir le message de la PE et le cas échéant de l'intégrer partiellement. En général par ces intrusions les PEs ont un but et veulent communiquer un élément du trauma ou une information importante pour elles-mêmes ou pour le système. L'intégration allant dans le sens d'une reconstruction narrative du traumatisme, morcelé (ou dissocié) entre les différentes parties dissociatives, il est important d'intégrer au final les éléments communiqués par les PE. Néanmoins il faut prendre en considération les capacités intégratives du moment de la PAN. On peut ainsi développer les capacités intégratives de la PAN et baisser ses tendances à l'évitement des mémoires traumatiques et des PE en lui faisant découvrir qu'elle peut négocier avec la PE responsable des intrusions. On propose donc à la PAN de s'adresser à la PE en question, de reconnaître qu'elle a quelque chose d'important à communiquer, de lui demander de baisser le nombre, l'intensité ou la fréquence de ce qu'elle veut communiquer, ou de reporter à plus tard le moment de transfert d'éléments de la mémoire traumatique tout en lui proposant des moments de contact sans aborder le traumatisme. Cela peut être en créant un lieu sûr imaginaire pour la PE, ou prenant un moment où la PAN et la PE observent ensemble leur environnement ou regardent une

émission de télévision agréable. Les PE acceptent souvent de refréner leur besoin de communiquer sur le traumatisme si la PAN accepte leur existence et de leur donner de l'attention. Il est important après-coup de renforcer le succès de cette intervention et de motiver la patiente à faire de même lors d'une telle intrusion en-dehors des séances.

En cas d'intrusion visuelle massive que la PAN ne pourrait pas supporter, lorsque les capacités d'intégration de la patiente sont encore trop basses, ou si la PE en question ne collabore pas encore dans le sens d'un contrôle ou d'une réduction des intrusions, une solution aidante est d'amener la PE à la fin de la scène traumatique. Le psychothérapeute peut dans ce cas s'adresser directement à la PE avec empathie, le cas échéant à travers la PAN, et dire : « Allez à la fin de la scène, au moment où c'est fini ». C'est un moyen de mettre un terme à l'intrusion et aussi de suggérer que la situation traumatique a eu une fin. La déstabilisation peut baisser rapidement puisqu'on a atteint la fin de la scène traumatique.

Lors de mouvements intrusifs (tremblements p.ex.), si les interventions intégratives décrites dans le tableau 2 ne sont pas suffisamment aidantes, il peut être utile de faire l'exercice de séquençage sensori-moteur (*sensorimotor sequencing*, en anglais) développé par Ogden & Minton (Ogden & Fisher, 2015 ; Ogden & Minton, 2000 ; Ogden, Minton, & Pain, 2006/2015), un pistage suivi d'un séquençage lent, sous contrôle et en pleine conscience des sensations physiques, très proche du travail de Levine (1997). Le concept sous-jacent est que le symptôme est une action inachevée, un mouvement qui n'a pu être accompli lors du trauma. Il s'agit alors d'amener le patient dans sa PAN à développer le mouvement d'une PE jusqu'à son aboutissement final, ce que Janet appelait « Acte de triomphe ». L'intégration ne peut se faire que si le mouvement est fait avec toute sa force mais lentement et sous contrôle, avec un fort soutien du psychothérapeute. Une patiente de l'auteur avait régulièrement de forts tremblements des jambes en séance. Lorsque la patiente entreprit avec le soutien du psychothérapeute le séquençage sensori-moteur, cela permit à ces tremblements de cesser après 10 minutes et de comprendre qu'ils étaient l'amorce du mouvement de se lever et s'enfuir, ce qui n'avait pas été possible lors des nombreux abus sexuels commis par son père. Avec une pratique régulière en dehors des séances lorsque la patiente sentait les tremblements débiter, ils diminuèrent rapidement en fréquence et intensité et furent considérés ensuite par

la patiente, non plus comme un symptôme insupportable à éviter mais comme le signe de la co-présence de la PE impliquée et de son besoin de communiquer.

Tableau 3 : Gestion avec et sans fonction intégrative des intrusions d'émotions appartenant à une PE.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<i>Gestion des émotions selon des approches comme la Thérapie comportementale dialectique (Linehan 1993/2000)</i>	<i>Amener la PAN à demander dans le système interne quelle(s) PE(s) a/ont à voir avec ces émotions. Puis communiquer avec la PE impliquée et lui dire p.ex. : « J'ai compris que tu me communique quelque chose d'important. Peux-tu me transmettre seulement 10% de cette émotion pour aujourd'hui, car je ne peux pas supporter davantage aujourd'hui, et je te promets de tenir compte de cela ».</i>

Tableau 4 : Gestion avec et sans fonction intégrative des intrusions sensorielles et corporelles.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<i>Exercice du Lieu sûr – Relaxation. Exercices hypno-imaginatifs, comme le Faisceau lumineux (cf. Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). Amener le patient à se concentrer sur des sensations positives ou agréables, ou à faire des mouvements agréables.</i>	<i>Amener la PAN à entrer en contact avec la PE qui amène les sensations et lui dire p.ex. : « J'ai compris que tu veux que je sente ces sensations, mais seulement un petit peu à la fois STP, et je viendrai vers toi plus tard ». « STP, envoie moi seulement x% des sensations, et je m'engage à revenir vers toi plus tard ». D'abord 10%, plus tard 20%, etc. Parfois il faut même commencer par 1% des sensations.</i>

Les hallucinations auditives.

Les hallucinations auditives sont un symptôme connu pour appartenir aux troubles psychotiques. Il s'agit néanmoins aussi d'un symptôme positif fréquent chez les personnes atteintes de TDI ou ATDS-1 (Dorahy & al., 2009; Moskowitz & Corsten, 2007), ce qui peut donner lieu à un diagnostic erroné ou des difficultés diagnostiques.

Lorsque l'on explore de manière phénoménologique les voix que les patients dissociatifs entendent, on s'aperçoit qu'il s'agit très souvent de messages d'une PE à d'autres parties dissociatives. La PAN cherche en général à neutraliser ces

voix qui la perturbent de part leur existence et/ou leur contenu. Les PEs peuvent communiquer sur les traumas ou commenter les actions de la PAN ou d'autres PEs. Certaines PEs peuvent communiquer de manière soutenante et aidante, ce qui est moins problématique pour la PAN, si ce n'est que les patients ont souvent peur d'être pris pour psychotiques et préfèrent ne pas en parler. Ce sont les voix dénigrantes ou insultantes, particulièrement perturbantes, que ciblent les interventions proposées dans le tableau 5. Autant que possible, le dialogue avec la PE est à privilégier.

Tableau 5 : Gestion avec et sans fonction intégrative des intrusions verbales (voix).

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Arrêt des voix par distraction :</i></p> <p>Ex. : En lisant un texte neutre ou positif, en écoutant de la musique, en regardant la TV, en comptant à reculons, etc.</p>	<p><i>Motiver la PAN à entrer en dialogue avec la PE qui « parle », explorer ce que veut cette PE. Amener la PAN à considérer que cette PE à un rôle important, même si on ne le comprend pas encore. Puis amener la PAN à faire un contrat avec la PE pour ouvrir un dialogue constructif planifié (négocier ou prévoir un moment et lieu donnés pour la communication PAN/PE, p.ex. lorsque c'est le plus aisé et adéquat pour la PAN (en tenant compte du niveau d'énergie).</i></p>

La désorientation dans le temps ou l'espace.

La désorientation dans le temps ou l'espace peut prendre des formes diverses, mais le plus souvent le psychothérapeute remarquera un changement dans l'attitude de la patiente. Celle-ci peut regarder autour d'elle comme si elle ne reconnaissait pas l'endroit ou au contraire avoir le regard figé, regardant dans le vide ou fixant le thérapeute ou un objet de la pièce avec insistance. Il s'agit d'une intrusion partielle d'une PE, plus qu'un flashback et moins qu'un switch. La patiente peut dire par exemple : « C'est bien vous docteur ? » ; ou encore : « Où est-on ? Vous êtes bien à Lausanne, Docteur ? ». Il s'agit de l'intrusion dans *l'ici et maintenant* d'une réalité en lien avec une situation traumatique du passé. L'intrusion d'un espace-temps différent de celui de *l'ici et maintenant* donne à la patiente un sentiment perturbant de désorientation. Les interventions intégratives (tableau 6) ont pour but de soutenir la communication entre la PAN et la PE impliquée, donnant ainsi plus de contrôle à la PAN. Les interventions non intégratives (tableau 6) visant à forcer la réorientation dans le présent sont utiles

dans certains cas d'urgence mais ne permettent pas le contact avec la PE impliquée et renforce les capacités d'évitement de la PAN, maintenant ainsi la dissociation pathologique.

Tableau 6 : Gestion avec et sans fonction intégrative de la désorientation dans le temps ou l'espace.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Réorienter la patiente dans le ici et maintenant.</i> Ex. : En lui demandant de compter des objets d'une couleur x dans la pièce, de décrire des objets qu'elle apprécie dans la pièce, Ex. : La patiente prend dans ses mains et malaxe une boule en plastique avec des piquants ou se la passe sur les avant-bras.</p>	<p><i>Motiver la PAN à entrer en contact avec la PE qui amène les éléments d'une situation traumatique du passé et la PAN doit lui dire p.ex. :</i> « J'ai compris que tu veux communiquer quelque chose, mais seulement un peu à la fois stp, et je viendrai vers toi plus tard ». <i>ou :</i> « ... seulement x% pour maintenant et x% un peu plus tard »</p>

Gestion des symptômes dissociatifs négatifs

La perte de conscience.

La perte de conscience d'origine dissociative réside dans l'émergence d'une PE prise dans un état d'hypoactivation maximale appelé mort feinte (cf. Ogden & Fisher, 2014), et/ou dans un évitement total par la PAN d'éléments d'un trauma amenés par une PE. Pour ce symptôme la sécurité du patient doit être prise en considération en premier lieu, puis il convient de l'aider à reprendre conscience, avec des sels par exemple. L'expérience clinique (Nijenhuis, communication personnelle, 2014) montre néanmoins qu'une partie du système intérieur peut dans certains cas entendre ce qui se dit, quand bien même le patient dans sa PAN est inconscient. Sur un mode intégratif, le thérapeute peut donc malgré tout converser avec le système interne pendant la perte de conscience, avec un souci d'efficacité à moyen ou long terme. Par exemple il peut dire : « c'est difficile pour l'adulte d'être là et d'être en contact avec ce qui vient, mais vous pouvez essayer de vous rapprocher un peu, de sentir un peu ce qui se passe, juste pour quelques secondes, et d'être un peu plus présent. Et peut-être une autre partie peut vous aider à revenir ». Ou encore : « une force est là qui a pris tout le contrôle du corps,

elle est très forte et nous allons faire attention à elle. Nous la prendrons en considération. Et peut-être elle laisse déjà revenir l'adulte. Voyez si elle peut laisser revenir l'adulte un petit peu ». Il peut donc être utile d'associer des interventions intégratives et non-intégratives, ces dernières étant le premier choix pour ce symptôme.

Les pertes de fonction.

Les pertes de fonctions peuvent prendre la forme de l'anesthésie, l'analgésie ou l'inhibition motrice. L'analgésie et l'anesthésie sont des symptômes dissociatifs négatifs et appellent à des interventions similaires, raison pour laquelle ils sont réunis dans cette section. Lorsque ces symptômes sont continus et présents depuis l'enfance, les patients peuvent ne pas en être conscients. Cela peut être problématique puisque ne pas ressentir la douleur peut être dangereux et l'anesthésie donne un ressenti limité de la vie et/ou une sensation chronique de vide. Lorsqu'ils sont épisodiques et isolés, ces symptômes sont perturbants pour les patients et gérer ces symptômes sur le champ peut être nécessaire. Dans les interventions présentées dans le tableau 8, celles sans fonction intégrative ont pour but de forcer le retour de sensations par des stimulations sensorielles. Elles sont fréquemment utilisées, en particulier lorsque le thérapeute craint que de tels symptômes négatifs prédisent la venue d'un phénomène dissociatif plus invalidant comme un *switch*. Les interventions intégratives, qui là aussi sont à favoriser, ciblent la PE impliquée et une communication progressive et contrôlée.

Tableau 7 : Gestion avec et sans fonction intégrative de l'analgésie, de l'anesthésie et des pertes de fonctions.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Faire revenir les sensations, p. ex. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La patiente prend dans ses mains et malaxe une boule en plastique avec des piquants ou se la passe sur les avant-bras ou les jambes. - La patiente se force à bouger les bras et les jambes, éventuellement les masse, ou se lève et marche. <p><i>Forcer l'attention dans le présent, p.ex. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Noter 4 objets (p.ex. bleus) dans la pièce 	<p><i>Proposer à la PAN de s'adresser à son monde intérieur ou de voir dans la salle de réunion quelle(s) PE(s) est/sont impliquées. P.ex. :</i></p> <p>« L'une ou plusieurs d'entre vous essaient sans doute de me communiquer quelque chose ou de me protéger de quelque chose et je vous en remercie. S'il vous plait, seulement un peu pour commencer et j'en tiendrai compte et je m'engage à revenir vers vous quand j'en aurai l'énergie. Et maintenant, faites revenir les sensations habituelles / laissez revenir l'usage de mes membres »</p>

L'inhibition motrice (perte de la capacité de mouvoir une partie du corps) est un symptôme qui peut être très invalidant, selon la partie du corps touchée et son étendue. Ce symptôme, central dans le Trouble de conversion est souvent présent dans le TDI et l'ATDS-1 (Nijenhuis, 1999). Cela peut être une PE qui émerge avec son vécu traumatique de figement ou de mouvements entravés. Il peut aussi s'agir d'une PE qui veut paralyser le corps pour empêcher la PAN ou une autre PE de faire quelque chose qu'elle considère comme néfaste pour elle-même ou le système. Contrairement au Trouble de conversion, ces symptômes sont plutôt transitoires chez les patients atteints de TDI ou d'ATDS-1. Les interventions possibles sont présentées dans le tableau 7. Dans les interventions sans fonction intégrative, le thérapeute amène le patient à regagner le contrôle de la motricité. Par exemple il stimule le patient à bouger, se lever, marcher, se masser les membres en question, ou à toute autre activité à l'opposé de la paralysie concernée. En plus des interventions intégratives listées dans le tableau 7, dans un deuxième temps il peut être nécessaire pour ce symptôme en particulier, à cause du handicap supérieur, d'explorer le phénomène: interroger le monde intérieur et demander quelle PE est là qui vient avec la paralysie du corps ou d'un membre. Il faut alors être attentif à ne pas s'engager dans un travail d'intégration de souvenirs traumatiques si la patiente n'a pas encore l'état de stabilité nécessaire, ce qui implique la sécurité dans la vie réelle, l'absence de contact avec les agresseurs, une régulation satisfaisante des affects, une capacité de distanciation, une gestion satisfaisante des symptômes dissociatifs et une bonne alliance thérapeutique.

L'anesthésie émotionnelle.

L'anesthésie émotionnelle est une forme de restriction des affects qui peut être d'origine dissociative. Dans ce cas, il peut s'agir d'une PE qui bloque l'accès à des affects dissociés en lien avec une situation traumatique, ou qui bloque l'expression des émotions d'une autre partie dissociative. Il peut s'agir aussi d'un évitement émotionnel de longue date de la PAN. Il convient d'être attentif à ne cibler ce symptôme en phase de stabilisation que lorsque c'est indispensable, car l'intégration d'affects dissociés - toujours douloureuse - est davantage l'objectif de la phase 2 de la psychothérapie (travail sur les traumas). Dans le cas d'une anesthésie émotionnelle de longue date, c'est la psychothérapie dans son ensemble qui devrait amener à une amélioration progressive. C'est dans le cas

d'une anesthésie émotionnelle épisodique et perturbante que des interventions peuvent être nécessaires. Les interventions non intégratives sont celles qui visent le développement d'activités de plaisir pour développer les émotions positives, et l'apprentissage ou l'intensification de la reconnaissance des émotions agréables ou désagréables. Ces interventions n'auront de sens que lorsque l'anesthésie émotionnelle s'étend sur une période suffisamment longue pour considérer un tel travail thérapeutique ciblé, réalisé en général sur le moyen terme. Les interventions intégratives impliquent de soutenir les interactions entre parties dissociatives. Pour ce faire, on propose à la patiente dans sa PAN de s'ouvrir à son système interne par la métaphore d'une salle de réunion où l'on invite les différentes parties dissociatives, afin de découvrir laquelle ou lesquelles sont impliquées dans la restriction des affects. Puis on encourage la transmission très progressive d'émotions des PE à la PAN, en commençant par des émotions agréables ou indépendantes du traumatisme, tout en soutenant la PAN à accueillir ce vécu émotionnel. La transmission d'émotions désagréables et/ou en lien avec le traumatisme sera ciblée lors de la phase 2.

Conclusion

Cet article résume les interventions à fonction intégrative et à fonction non-intégrative pour gérer les symptômes dissociatifs, en particulier lorsqu'ils apparaissent de manière isolée et soudaine en séance. L'objectif est de clarifier auprès des thérapeutes les deux types d'interventions possibles. De manière générale il convient de favoriser les interventions à visée intégrative puisque l'intégration est le but ultime dans le traitement des patients souffrants de troubles dissociatifs complexes. Le traitement global des troubles dissociatifs complexes, tel que recommandé par les experts (ISSTD, 2011) c'est-à-dire favorisant les interventions à visée intégrative dès la phase 1, conduit à une amélioration de la symptomatologie (méta-analyse de Brand, Classen, McNary, & Zaveri, 2009). Actuellement aucune étude ne permet de dire laquelle de ces deux options – intégrative versus non-intégrative – est la plus efficace dans la phase de stabilisation avec ces patients. La méthode PITT (Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy, Reddemann, 2004, Piedfort-Marin & Reddemann, 2016, pour la version manualisée en français) est basée sur la théorie des états du moi (Watkins & Watkins, 1997), proche de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Elle a clairement une visée intégrative en prenant en considération

le système interne dissocié. L'efficacité d'un programme hospitalier (6 semaines) de stabilisation selon l'approche PITT a été démontrée avec 43 patientes souffrant de séquelles de traumatisation complexe, avec un follow up de deux ans. 59% des patientes avaient un diagnostic de trouble dissociatif (Lampe, Barbist, Gast, Reddemann, & Schüßler, 2014). A notre connaissance il n'existe pas de programme de stabilisation à visée exclusivement non-intégrative pour les patients souffrant de TDI ou d'ATDS-1. Certains patients ayant un TDI ou un ATDS-1 participent à des groupes de la thérapie comportementales dialectique (Linehan, 1993/2000), mais ne se sentent pas compris dans la spécificité de leurs problèmes dissociatifs (Boon et al., 2014). Nous remarquons néanmoins que de nombreux cliniciens utilisent des interventions non-intégratives avec de tels patients. Nos observations nous amènent à penser que c'est souvent par manque de formation sur les troubles dissociatifs complexes et/ou sur les techniques de stabilisation à visée intégrative, ou encore par crainte d'entrer en contact avec le système interne, ou par difficulté à considérer l'existence d'un système interne dissocié. Il convient d'admettre que les études de long terme sont difficiles à mener et coûteuses, vue la complexité de ces troubles et la longue durée du traitement. Il n'est pas rare que la phase 1 de stabilisation dure plusieurs années. Cet article cible principalement les psychothérapeutes dans leur pratique clinique. En outre cet article ne présente pas un programme de stabilisation en tant que tel, mais des techniques de stabilisation à utiliser lors de l'apparition de symptômes dissociatifs isolés et perturbants. Notre expérience clinique confirme clairement l'avantage d'utiliser avec ce groupe de patients les interventions intégratives présentées dans cet article. Au-delà de cette liste non-exhaustive, nous encourageons les cliniciens à penser en terme d'intégration lorsqu'ils travaillent avec des patients souffrant d'un trouble dissociatif complexe. Ils pourront sans doute créer ou découvrir par eux-mêmes d'autres interventions à visée intégrative et compléter ce travail par leurs propres expériences.

Références

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington, DC : AP.

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition – DSM-5*. Paris : Elsevier-Masson.

- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique : Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Brand, B. L. (2001). Establishing safety for patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 133–155. doi:10.1300/J229v02n04_07
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646–654.
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., Mulholland, C., & Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197: 892–898.
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). A trauma-focused, présent-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction : Target. *American Journal of Psychotherapy*, 60, p. 335-355.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD). (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd révision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 115-187.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*. Vol. 1. Paris : Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1 : 417-453.
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris : A. Chahine, 1928.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93 : 329-366.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan.

- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145–161.
- Kluft, R. P., & Fine, C. G. (Eds.). (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Lampe, A., Barbist, M-T., Gast, U., Reddemann, L., & Schüßler, G. (2014). Long-term course in female survivors of childhood abuse after psychodynamic oriented, trauma-specific inpatient treatment : a naturalistic two-year follow-up. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60, 287-282.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD : Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Linehan, M., M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite* (D Page & P. Wehrlé, Trad.). Genève : Editions Médecine & Hygiène. (Œuvre originale publiée en 1993).
- Moskowitz, A. & Corsten, D. (2007). Auditory hallucinations : psychotic symptom or dissociative expérience ? *Journal of Psychological Trauma*, 6, 35-63.
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., Pitman, R. K. & Rufer, M. (2012) Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research*, 200, 475-481.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatoform dissociation : phenomena, measurement, and theoretical issues*. London : Norton.
- Nijenhuis, E. R. S. (2014). Dissociation in the DSM-5 : Your view s'il vous plaît, Docteur Janet ? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15, 245-253.

- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma : Ignorance, fragility, and control*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., Matthes, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue francophone du Stress et Trauma*, 6 (3), 125-139.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2014). Integrating body and mind: Sensorimotor psychotherapy and treatment of dissociation, defense, and dysregulation. In U. F. Lanius, F. M. Corrigan, & S. L. Paulsen (Eds.), *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation : Towards an Embodied Self* (pp. 399-422). New York, NY : Springer.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy : Interventions for trauma and attachment*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, VI-3. 149-173.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2015). *Le trauma et le corps : Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. Bruxelles : De Boeck. (Œuvre originale publiée en 2006)
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York : Oxford University Press.
- Phillips, M., & Frederick, C. (2001). *Psychothérapie des états dissociatifs : Guérir le moi divisé*. Bruxelles : SATAS
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Théorie des états du moi et techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles : Satas.
- Reddemann, L. (2014). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (18. Auflage). Stuttgart : Klett-Cota.
- Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch imaginativ Traumatherapie bei dissoziativer Identitätsstörung und DDNOS. In : Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Eds.). (2004). *Psychotherapie der dissoziative Störungen*. Stuttgart : Georg Thieme Verlag.

- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual*. (sechste, vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart : Klett-Cota.
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS one*, 7(6), e39279.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder : Diagnostic, clinical features, and treatment*. New-York : Wiley.
- Steinberg, M. (1994). *Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID- D), Revised*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. (F. Mousnier-Lompré, & H. Dellucci, Trad.). Bruxelles : De Boeck.
- Vanderlinden, J. (2012). Traitement des troubles dissociatifs et des conséquences de la traumatisation chronique. In : Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., & Brown, D. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris : Dunod
- Watkins, J. G., & Watkins, H. (1997). *Ego states : theory and therapy*. New York, NY : Norton.

Stabilisation – Données cliniques additionnelles :

À la découverte de la structure dissociative

La stabilisation des personnes avec un ATDS-1/TDI partiel ou un TDI peut être un long chemin difficile. Pour illustrer cela, nous aimerions présenter une vignette clinique. Il s'agit d'une patiente dont la thérapie a eu un impact primordial sur notre travail avec les patients TD et sur notre intégration des connaissances, savoir-faire et savoir-être avec ces patients et au-delà sans doute.

Vignette clinique

Cette patiente, nommons la Madame Aline N. a commencé sa thérapie avec nous pour un trouble panique sévère avec agoraphobie associé à un état dépressif modéré, et avec un arrêt de travail de plusieurs mois. Elle a été suivie pendant deux ans dans un service universitaire ambulatoire où nous travaillions à l'époque. Après deux ans d'une thérapie cognitivo-comportementale et d'un traitement anti-dépresseur, la patiente ne présentait plus aucun symptôme et avait pu reprendre le travail. L'arrêt progressif des anti-dépresseurs s'est avéré positif et la thérapie pouvait prendre fin. Mais Madame N. souhaitait continuer un travail de développement personnel avec moi et je lui proposai de continuer ce travail à mon cabinet privé puisque sa condition ne permettait pas une continuation de son suivi dans un service public. Après environ six mois d'un travail de développement personnel à raison d'une séance toutes les deux semaines, soudain son état de santé se péjora. Elle se plaignait d'états de confusion alors qu'elle rentrait chez elle après nos séances : elle devait arrêter sa voiture sur le bord de la route, ne pouvant reconnaître son environnement. Alors elle m'appelait en urgence, me demandant de lui faire décrire son environnement qu'elle ne reconnaissait plus, jusqu'à ce qu'elle se ré-oriente, se calme, et rentre chez elle. Ces états étaient répétés et difficiles à comprendre. Nous n'avions pas les connaissances pour comprendre ces phénomènes. Mes superviseurs habituels ne m'aidaient pas et les discussions avec des collègues non plus. Tous et toutes

proposaient que la patiente tentait de prendre le contrôle sur moi, ou 'jouait' avec moi. Soit ... et qu'en faire ? Personnellement je ressentais que cette femme souffrait de manière authentique. Et je sentais qu'aucun collègue autour de moi ne comprenait de quoi il s'agissait, ni pourquoi cela lui arrivait à 40 ans. Et nous non plus. Alors nous suivions la patiente dans sa descente aux enfers, en essayant de mettre du sens là où il pouvait y en avoir et en l'aidant à gérer ses symptômes quand bien même nous n'arrivions pas à les classer. Maintenant nous savons qu'il s'agissait d'intrusions de PE qui provoquaient chez la patiente des états de désorientation spacio-temporelle.

Nous allons maintenant décrire une séance en particulier qui illustre comment des souvenirs jusqu'à présent amnésiés peuvent « remonter » à la conscience. En d'autres termes : une ou plusieurs PE font des intrusions que la PAN n'arrive plus à éviter comme auparavant.

Madame Aline N. entre avec une énergie inhabituelle dans la pièce et se laisse tomber dans le fauteuil, dans un mouvement qui pourrait être de la colère ou du dépit. Elle ne me regarde pas, mais fixe un point au loin, légèrement de côté. Je suis quelque peu déstabilisé par ce mouvement d'humeur chez une femme presque toujours affable, calme et polie. Elle me demande tout de go d'augmenter la fréquence de ses séances et de passer à un rythme de deux séances par semaine. Puis Aline me dit qu'elle a finalement été voir son père mourant à l'hôpital, en phase terminal d'un cancer du foie. Elle ne l'avait pas vu depuis longtemps. Soudain sans transition : « J'ai touché la folie, il faut m'enfermer à l'hôpital psychiatrique », lâche-t-elle. Surpris par une telle affirmation inhabituelle, je me demande ce qui a bien pu encore se passer pendant la semaine écoulée ; le découragement me guette.

« Qu'est-ce qui vous fait dire cela ? » Voici une question bien anodine, à priori. Elle permet de préciser les faits ou événements, les pensées et émotions et permet ainsi de se raccrocher à la réalité, de s'éloigner d'exagérations possibles. Sans m'attendre à une réponse en particulier, sans même m'imaginer quelque événement que ce soit susceptible d'expliquer son état, je posai cette question simple comme par réflexe. Mais cette question peut donner le sentiment qu'on ne prend pas au sérieux la personne qui s'est exprimée. « Qu'est-ce qui vous fait dire cela ? ». Cette question me permettait à moi de me raccrocher à la réalité, quelle qu'elle fut. Je n'entendis pas la réponse. Soudain mon cerveau s'appesantit. Quelques mots passent malgré tout à travers un brouillard lourd et

épais. J'essaie de m'accrocher à ces mots afin de les garder en mémoire mais je sens qu'ils s'échappent. Je sens que le moment est crucial, sans doute les mots les plus importants qu'ait pu dire la patiente jusqu'alors à qui que ce soit. Je ne peux néanmoins revenir à ma conscience et à ma concentration habituelle. En fait je suis concentré mais rien n'arrive à mes oreilles, ni à mon cerveau, ou si peu et pour une fraction de seconde seulement, avant que les mots ne fuient. Comme si les mots d'Aline faisaient ricochet, même pas sur mes tympans mais avant même d'atteindre mes oreilles. Mes yeux perçoivent les lèvres d'Aline qui bougent. Mes yeux captent son visage empreint de douleur, d'agressivité et d'angoisse, d'impatience aussi. Envie irrésistible de passer au plus vite sur ce moment et qu'on en finisse, envie d'arriver au bout de cette séance, d'aller prendre un verre d'eau et de retrouver mes esprits. Mais il reste encore trente minutes jusqu'à la fin de la séance. Encore trente minutes à tirer.

Avant d'arriver à la fin de ces trente minutes, que faire de ce vide mnésique qui m'assaille ? Les quelques mots que j'ai pu garder en tête disent à quel point le moment est crucial. Je me répète mentalement tant bien que mal les mots qui me parviennent. Il est question d'une baignoire quand elle était enfant. Son père en érection dans la baignoire. Un autre jour : allongée dans son lit, elle a senti son père se frotter contre elle mais n'a pas eu d'image. Elle me dit aussi autre chose mais je ne le retins pas. Et encore : Aline petite fille, sans la tête, gilet ouvert et jupe baissée - le père, sans la tête, pantalon ouvert, son sexe en érection. Je ne peux pas montrer à la patiente que je n'ai quasiment rien entendu de ce qu'elle m'a dit. En fait je pourrais mais sur le moment je n'ai pas eu le réflexe de dire quelque chose comme « qu'est-ce qui se passe ? je ressens cette lourdeur, tout est flou ». La séance aurait sans doute pris une autre tournure. Mais au lieu de cela, je ressens le besoin de faire bonne figure. Retour aux bonnes vieilles méthodes d'entretien pour me sauver de cette situation, de cette perturbation de mes sens amenant cette impuissance insupportable. Psychothérapeute avec un cerveau qui ne fonctionne pas, c'est un sentiment terrible. Je fais alors de l'écoute active et je résume tant bien que mal les bribes du discours de la patiente qui me parviennent. La réaction ne se fait pas attendre.

« Vous êtes sourd ou quoi ?! Vous voulez que je vous répète ce que je viens de vous dire ?! »

Le ton agressif de Madame A. me secoue mais ne me sort pas de mon état second.

« Ces images sont de la folie. Mon père n'a pas abusé de moi. Et je ne crois pas à l'amnésie ! On ne peut pas oublier des choses comme ça ! ».

Elle ne les a pas oubliées, elle vient de s'en rappeler. A presque 45 ans.

Madame A. reste assise, en colère, regardant vers le coin de mon bureau. Manière de ne pas diriger sa colère vers moi qui n'y suis pour rien ? Pudeur de son sentiment d'horreur ? Honte ? Ou au contraire se protège-t-elle de la colère qu'elle ressent à mon encontre, moi qui ne suis pas à la hauteur ?

Cela fait plusieurs années que j'ai la quasi-conviction que Madame A. a vécu des violences sexuelles pendant l'enfance ou l'adolescence, sans vraiment m'attendre à ce que des souvenirs resurgissent un jour. Et ce jour-là, en tout cas, je ne m'y attendais pas, ou je ne m'y attendais plus. N'est-on jamais préparé à entendre des expériences à ce point terribles ? Mais pendant cette séance je n'étais pas entièrement là. A ceux qui pensent que j'ai pu suggérer à la patiente de « faux souvenirs » par des suggestions inconscientes, je leur propose d'attendre la suite.

Que dire à Aline ? Ses symptômes laissent raisonnablement penser à un passé traumatique majeur. Les faits connus sont une addiction gravissime de son père à l'alcool, des comportements violents dans la fratrie et entre certains frères et le père, l'attitude négligente de la mère qui préfère envoyer la petite déjà à six ou huit ans chercher son père complètement ivre au café ou dans la cave où la fillette le retrouve inconscient, étendu dans son vomit. Toutes ses situations auxquelles fut confrontée l'enfant puis l'adolescente qu'elle était, laissent des traces. Un des symptômes d'Aline avait clairement une connotation sexuelle : elle pleurait après l'orgasme, pas des pleurs dus à un sentiment agréable, non, disait-elle, des pleurs discrets de tristesse. Les autres symptômes sont nombreux : épisodes angoissants et fréquents de désorientation spacio-temporelle, attaques de panique, restriction alimentaire, crises de boulimie, actes auto-agressifs, phases de pensées suicidaires sévères, pour ne nommer que les symptômes principaux. La plupart de ses symptômes viennent par périodes, plus ou moins longues et intenses, mais il y a toujours des symptômes. Et parfois aussi des images à connotation sexuelle lui apparaissent, jusqu'à ce jour où les images floues laissèrent la place à des images plus détaillées.

Après un silence j'essaie de me ressaisir. J'ajuste le ton de ma voix, espérant ainsi calmer l'atmosphère tendue qui règne dans la pièce.

« Non, vous n'êtes pas folle ». D'un ton plus doux : « Si, l'amnésie existe. Mais peut-être dans votre cas y a-t-il une autre explication. » Je m'essaie à l'hypothèse d'une ambiance incestuelle – et non d'actes incestueux - ayant pu développer chez la petite fille des sentiments d'insécurité avec une connotation sexuelle, sachant que les souvenirs s'impriment en mémoire, certes pas seulement mais surtout sous forme d'images. Parfois ce sont des images construites sur la base de récits ou de représentations mentales qui s'inscrivent en mémoire. Lorsqu'on a peur que quelque chose puisse se passer, on en a alors la représentation mentale. Quand son père était ivre, quel regard pouvait-il porter sur sa fille ? Que disait-il des femmes ? Des horreurs. Aline avait déjà dit en d'autres circonstances qu'elle préférait quand son père avait bu un peu, car il était bien plus gentil que quand il n'avait pas bu, et elle pouvait s'asseoir près de lui, il pouvait avoir quelques gestes de tendresse. Par contre dès qu'il avait trop bu, c'était la catastrophe : il devenait violent et ses comportements dépassaient l'entendement. Chacun allait se cacher dans sa chambre, les frères et la mère. L'hypothèse que je présente à la patiente – celle d'une ambiance incestuelle qui ait pu créer des peurs de violences sexuelles – la calme, lui ouvre une perspective acceptable. Ni folle, ni amnésique. Traumatisée, oui, elle le sait déjà, mais pas violée. A ce stade, je ne sais trop si je crois à ce que je viens de dire. Mon intervention a l'avantage de la calmer, de resituer les choses à un niveau acceptable et compréhensible pour la patiente, et aussi à un niveau plausible. Et en même temps, je laisse la porte ouverte à d'autres explications, comme celle de violences sexuelles par le père et de l'amnésie. Dans les semaines qui suivent, la patiente a encore des images avec un contenu de violences sexuelles, mais semble moins déstabilisée. Elle est extrêmement fragile, mais arrive à faire face à ses symptômes et à les « gérer » un peu, principalement en « chassant les images » intrusives, dit-elle.

Aline ou la preuve que l'amnésie existe.

Un mois après cette séance, elle me raconte sa semaine jour après jour. Dimanche soir : difficile. Elle a commencé à lire un livre sur les familles dysfonctionnelles, elle a beaucoup pleuré et dans la nuit a fait des cauchemars avec un contenu d'agression sexuelle. En achetant ce livre, elle voulait accélérer le travail psychothérapeutique. « Comme ça doit faire mal, autant que ça aille vite ».

« Lundi c'était plus difficile. J'ai rencontré une amie d'enfance, Danièle. Elle me demandait comment ça allait et je lui ai dit que c'était difficile ces temps, qu'il y avait eu cette ambiance incestuelle à la maison quand j'étais enfant, que même s'il ne s'était rien passé, cette ambiance incestuelle avait fait beaucoup de dégâts. Alors Danièle me dit : 'Tu ne te souviens de rien ?!' En fait, elle se souvient que mon père a abusé de nous deux un soir où elle était venue dormir à la maison avec moi dans ma chambre. Elle se rappelle qu'il est venu dans la chambre quand nous étions couchées. Elle m'a dit : 'Je me rappelle encore l'odeur d'alcool de son haleine'. Une autre fois il a essayé de lui faire des attouchements dans un passage étroit de la maison mais elle a réussi à s'enfuir. »

Et Aline d'exprimer sa colère et sa honte. Elle craint le prochain téléphone de sa mère, elle craint sa propre réaction. Danièle a pu situer l'agression lorsqu'elles avaient toutes les deux 14 ans environ, parce qu'elle venait de recevoir sa première mobylette. Ainsi avait-on une témoin. Le rappel de ces faits ne fit pas émerger des souvenirs plus précis ni de nouveaux souvenirs à Aline. Elle croyait son amie d'enfance. Elle ne voulait pas croire à ces agressions sexuelles par son père mais elle croyait Danièle. Ainsi donc elle admettait l'amnésie. Elles s'étaient vues régulièrement pendant toutes ces années, Danièle savait que son amie allait mal depuis longtemps, mais jamais auparavant elle ne lui avait parlé de cette nuit-là quand les deux adolescentes ont fait ce que de nombreuses adolescentes font : dormir chez l'une et bavarder le soir. Par la suite, lorsqu'Aline raconta cela à sa mère, cette dernière, sans hésiter, dit toute sa confiance dans les dires de Danièle. « Quand ton père avait bu, tout était possible ».

Ainsi, après plusieurs années de psychothérapie avec moi et auparavant de nombreuses années avec d'autres psychothérapeutes, ce qui était au centre de ses difficultés et de sa symptomatologie était enfin dit. L'amnésie avait reculé – un peu. Par la suite une autre amie d'enfance de Madame A. rapporta avoir, elle aussi, été agressée sexuellement pendant son adolescence par le père d'Aline.

Avec nos connaissances actuelles, nous aurions compris beaucoup plus tôt qu'il y avait un soupçon de TD derrière le trouble panique et d'autres symptômes d'apparence anodine. Nous aurions fait passer le SCID-D ou un questionnaire de détection des TD. Nous aurions utilisé des méthodes de stabilisation intégratives dès les premiers symptômes de désorientation spacio-temporelle. Peut-être la thérapie aurait-elle pris une autre direction.

Dans tous les cas, Aline – en tant que PAN – a toujours été extrêmement phobique des souvenirs traumatiques et des PE. Au point d’avoir jusqu’à l’âge de 40-45 ans une amnésie des violences sexuelles qui se sont déroulées sur toute son enfance et adolescence. Entre temps de nombreux souvenirs lui sont revenus, mais 15 ans de thérapie plus tard, la patiente n’a toujours pas « retrouvé » le souvenir rapporté par son amie Danièle.

Pendant des années, il a fallu aider la patiente à changer son comportement face aux intrusions traumatiques : passer progressivement d’actions quasi réflexes faites de refus et de colère, à des actions plus élevées sur la hiérarchie des tendances à l’action :

- Pleurer plutôt que crier de colère,
- S’adresser aux PE pour leur demander qu’elles diminuent les intrusions plutôt que de prendre des somnifères,
- S’intéresser au « monde intérieur » plutôt que de vouloir s’en éloigner,
- Exprimer ses craintes à son thérapeute plutôt que de lui crier dessus, etc.

Il a fallu pour cela développer chez elle son utilisation du système d’action d’exploration, la base de tout travail thérapeutique. Dans sa famille d’origine, elle avait appris à ne pas explorer, ne pas s’interroger, de rien remettre en question.

Ce fut un travail de longue haleine. Long – très long – parce que nous ne connaissions pas ce qui se déroulait devant nos yeux, parce que les 20 années de thérapies précédentes auprès de différents collègues avaient sans doute renforcé la PAN dans son évitement des PE (ce que nous avons fait aussi les premières années de notre prise en charge), et aussi parce qu’Aline – en tant que PAN – était extrêmement évitante des PE et des souvenirs traumatiques. On peut le comprendre.

Plus loin, nous décrivons des séances d’intégration de souvenirs traumatique avec Madame Aline N.

Travailler avec les parties dissociatives

Comme les articles qui comprennent cette thèse n’abordent pas directement cette thématique, nous allons présenter ici succinctement ces aspects du traitement.

Dans la suite du travail de stabilisation des symptômes détaillé dans l'article précédent, on devra travailler avec les parties dissociatives, c'est-à-dire explorer chacune d'elles (PAN et PE) et comprendre le système dynamique interne. Il est important de comprendre le système dans son ensemble et les fonctions de chaque partie. On doit aussi aider au développement d'empathie et de coopération entre les parties dissociatives, et à favoriser une négociation intérieure régulière, pour faire reculer la phobie des parties dissociatives et avancer vers l'intégration. Il s'agit par ailleurs de conditions minimales indispensables pour pouvoir le moment venu passer à l'intégration des souvenirs traumatiques puisque les PE sont fixées dessus.

La communication thérapeutique entre parties dissociatives peut se faire de plusieurs manières, dont voici les principales :

- Communication directe du thérapeute à une PE : en particulier lors d'un switch et d'une prise du contrôle exécutif par cette PE.
- Communication indirecte : le thérapeute parle à une PE « à travers » la PAN qui garde le contrôle exécutif (technique de « talking through » = parler à travers [Putnam, 1989]).
- Motiver la PAN à s'adresser à une PE (comme nous l'avons vu dans l'article précédent sur les exercices de stabilisation).
- Communication par des mouvements idéo-moteurs ou l'écriture automatique (Nijenhuis, 2017a, chapitre 33).

Ce travail systémique interne a pour objectif d'explorer les fonctions des différentes parties dissociatives, leurs rôles dans les symptômes dont se plaignent les patients. Une meilleure compréhension mutuelle entre parties peut amener à une réduction des symptômes intrusifs, ce qui aura un effet sur les actions que la PAN met habituellement en œuvre pour éviter les intrusions (utilisation de substances, diverses addictions, évitements mentaux et comportementaux de différents types).

Une thématique importante est celle de savoir avec quelle(s) partie(s) dissociative(s) travailler en priorité. Nous sommes d'avis que travailler avec la PAN est LA priorité. Il faut en effet responsabiliser la ou les PAN à engager de meilleures relations avec le système interne (Nijenhuis, communication personnelle ; Steele et al., 2017).

Néanmoins on doit aussi pouvoir aborder cette thématique sous l'angle des PE. Parfois en effet la PAN n'est pas encore très investie dans ses responsabilités thérapeutiques vis-à-vis du système interne et on doit alors cibler un travail spécifique avec les PE. Il peut aussi y avoir d'autres circonstances lors desquelles le travail direct avec les PE doit être privilégié. Le tableau 11 ci-dessous propose une liste de types de PE selon leurs actions principales, et les implications pour la thérapie.

Tableau 11 : différents types d'action de PE et leurs implications pour la thérapie

Types de PE	Implications pour la thérapie
PE qui empêchent des changements	Blocage de la thérapie
PE avec des comportements à risque	Risques suicidaires, médicaux, sociaux, familiaux, pour les enfants ...
PE qui viennent spontanément	Ont quelque chose à communiquer qu'il faut explorer
PE engagées dans des actions de la vie quotidienne	Peuvent être un soutien pour la PAN mais dont elle peut devenir dépendante
PE aidantes	Sont un soutien pour la PAN et la thérapie
PE avec des tâches défensives	Evtl, comportements limitants ou à problème au quotidien (ex.: fugue)
PE avec besoins d'attachement	Attention à ne pas les rendre dépendantes du thérapeute

Une conceptualisation rigoureuse de la dynamique du système interne est nécessaire pour pouvoir décider avec quelle(s) PE(s) travailler prioritairement. Bien évidemment, dans le cours de la thérapie il faut concevoir les conceptualisations comme des hypothèses provisoires risquant d'être réajustées à tout moment

Travailler avec les parties dissociatives et favoriser les liens, l'empathie et la collaboration entre les différentes parties va dans le sens de l'intégration. C'est également une étape préalable essentielle – sinon indispensable – à l'intégration des souvenirs traumatiques en tant que telle, qui commencera par la synthèse puis la réalisation. La synthèse nécessitera en effet la participation active et volontaire des différentes PE impliquées ainsi que de la ou les PAN. Certains des articles suivants illustreront cela.

Nous allons pouvoir maintenant aborder la thématique de l'intégration des souvenirs traumatiques et des PE selon la TDSP. Cela sera présenté dans les articles suivants.

3.6. Intégrer les souvenirs traumatiques et les parties dissociatives.

Les articles qui suivent ont comme thème l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives.

Dans le premier article, nous avons souhaité présenter l'utilité du concept d'intégration selon la TDSP appliqué à l'EMDR. Cet article ne cible pas spécifiquement les TD. Avec cet article nous avons voulu montrer la richesse du concept d'intégration selon la TDSP, y compris pour les situations cliniques plus simple. Nous pensons que diverses techniques ou méthodes pourraient profiter de ce concept d'intégration qui permet d'affiner les interventions thérapeutiques et d'accompagner de manière ciblée et précise les patients.

Dans les deux articles qui suivront, nous présentons un travail clinique d'intégration de souvenirs traumatiques et de parties dissociatives. Des séances thérapeutiques sont décrites dans le détail et commentées sur la base du concept d'intégration selon la TDSP.

Un quatrième article présente des situations cliniques pour lesquelles l'utilisation du contre-transfert a permis de faciliter l'intégration chez les patients.

Ce sont au total quatre articles qui illustrent – chacun à leurs manières – le travail d'intégration basé sur la TDSP.

Enfin nous terminerons par un éditorial que nous avons rédigé dans le cadre d'un numéro spécial de la Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation, et qui s'intitule « Le trauma et le thérapeute ». Cet éditorial prolonge notre article écrit sur cette même thématique

Des données cliniques additionnelles clôturerons cette partie.

Synthesis and Realization (Personification and Presentification): The Psychological Process of Integration of Traumatic Memories in EMDR Psychotherapy

Olivier Piedfort-Marin

University of Lorraine, Metz, France

Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

The theory of the structural dissociation of the personality proposes a precise description of the psychological phenomena involved in the integration of traumatic memories. According to this theory, memories are successfully integrated in a narrative—that is, stored in an adaptive memory network—when there has been synthesis of the different elements (affects, cognitions, images, sensorimotor reactions, behaviors) for each moment of a particular event, and when realization has occurred. Realization implies personification and presentification. Personification is the ability individuals have to feel that they have experienced (traumatic) events. Presentification is the ability to realize that the event took place in the past and is over now. In this article we present these concepts and how they relate to eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) psychotherapy and its underlying hypothesis of adaptive information processing. The article describes how EMDR therapists can use these concepts to better understand the reprocessing of their clients and possible blocking of this reprocessing. Understanding the concepts of synthesis, personification, and presentification makes it possible for EMDR therapists to choose the specific supportive interventions and cognitive interweaves that will best support the adaptive information processing. Such psychological phenomena should attract more attention in the future in EMDR clinical research and practice.

Keywords: EMDR (eye movement desensitization and reprocessing); theory of the structural dissociation of the personality; integration of traumatic memories; synthesis; realization; personification/presentification

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy (Shapiro, 2001, 2018) is based on the Adaptive Information Processing model. The hypothesis is that in a traumatizing or stressful condition, when the person is overwhelmed and cannot naturally process the information, the memory of an event will be dysfunctionally stored in memory networks and this will lead to related symptoms. Under the activation of a natural curing mechanism called Adaptive Information Processing (AIP), the memory of the disturbing event will be reprocessed leading to its functional storage in adaptive memory networks and the decrease or disappearance of related symptoms. Shapiro's model is indeed a neurophysiological model. Normally psychotherapy research focusses on trying to define psychological processes to explain certain phenomenon, but EMDR's frequent rapid effect motivated researchers to raise questions concerning possible neurophysiological effects involved in EMDR therapy. Therefore, a great deal of research has been undertaken to understand the neurophysiology behind the curing effect of EMDR therapy (Harper, Rasolkhani-Kalhorn, & Drozd, 2009; Landin-Romero et al., 2013; Pagani et al, 2012; Rimini et al., 2016; Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht & Hofmann, 2008). Such studies are helpful in understanding the general effect of EMDR therapy and uphold the clinical observations of the positive and often rapid effect of this treatment (Shapiro, 2014). Nevertheless, human beings are not simply brains. The neurophysiological mechanisms as observed with diverse medical observation machines are intertwined with the conscious and unconscious processes of an individual in a particular environment (Järvilehto, 2001; Nijenhuis, 2015;). It may be beneficial for clinical practice to further explore the psychological processes active during EMDR psychotherapy. We need an understanding of *psychological* processes to be able to assess our clients, understand how the AIP model works for each individual and develop more tools to adjust the EMDR therapy to each client, according to the psychological processes that we can observe in each of them.

The aim of this article is to present and discuss the clinical value in EMDR therapy of certain psychological key concepts in the theory of structural dissociation of the personality (TSDP; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006), that is, synthesis and realization. Realization includes personification and presentification. A clear understanding of the concepts of synthesis and realization may help EMDR therapists to better understand how the AIP model works with each individual and to adjust their interventions when needed. Clinical vignettes will illustrate how these concepts can be helpful in EMDR therapy.

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP; Van der Hart et al., 2006) made a break-through in psychotraumatology in the early 2000's, going back to Janet's original work. This theory is often proposed as a way to optimize the use of EMDR therapy with patients who suffer from complex post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and dissociative disorders, in particular Dissociative identity disorder (DID) (Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010; Van der Hart, Groenedijk, Gonzales, Mosquera, and Solomon, 2013, 2014). Van der Hart and colleagues (2013, 2014) noticed that the AIP model and the TSDP use different vocabulary but have similarities. The precise understanding of how traumatic experiences involve a division of the personality into different parts is probably what has most attracted attention in the TSDP. Less attention has been directed in the EMDR community towards the concept of integration of traumatic memories which is a core part of the TSDP. Because the TSDP, with its psychology of action, is a *psychological* theory, we believe it could be complementary to the neurophysiological AIP model of EMDR therapy.

In line with Janet, the TSDP postulates that, confronted with traumatizing event(s) and in absence of sufficient integrative abilities, an individual's personality will divide itself into several dissociative parts, failing to develop an autobiographical narrative memory of this event into the person's life. These dissociative parts are of two main natures: the Apparently Normal Part of the personality (ANP) and the Emotional Part of the personality (EP). The ANP is primarily mediated by action systems directed at dealing with daily life. EPs are primarily mediated by defense action systems such as fight, flight, feigned death, submission, hypervigilance, and attachment action sub-systems such as attachment cry. EPs are fixated on traumatic elements. Both ANP and EPs constitute the whole non-integrated personality. ANP engages in avoidance of the EPs that might regularly intrude into the ANP in different ways. At the time of the traumatizing event, the individual did not have sufficient integrative abilities, which brought about a structural dissociation, which is maintained over time by the avoidance by the ANP of the EP and its trauma-related elements (phobia of traumatic memories).

The concept of integration is a specific focus of the TSDP. *Integration* is a word often used in psychotraumatology but rarely defined. The TSDP takes great care to define this concept precisely. According to Van der Hart et al. (2006), integrative actions pertain to synthesis – a lower-order action - and realization – a higher-order action. Realization includes personification and presentification.

Successful synthesis and realization by an ANP of a traumatic memory will lead to its integration and to the subsequent simultaneous fusion of ANP with the related EP(s) into an integrated individual. To achieve this goal, the client will need to overcome a certain number of phobias (Van der Hart & al., 2006), since these phobias allowed the structural dissociation to be maintained and possibly reinforced over the years. The main phobias common to all treatments, even if with different levels of intensity, are the phobia of trauma-derived mental actions, then of the traumatic memories, and the phobia of dissociative parts of the personality. Intertwined with these phobias are the avoidance of synthesis and the phobia of realization. Traumatized clients may refuse to accept that they have experienced the traumatizing event(s) they have survived. A patient stated: "this cannot have happened, I am crazy to have such images!". The phobia of realization describes the avoidance tendencies of (mainly) the ANP toward the realization that the traumatizing event occurred and that the individual experienced the terrible event(s). This phobia (among the others) may block the therapy. Furthermore, patients may embark on the difficult process of realization only to a certain point. Besides, one may not always be able to tell if a person has achieved realization to its full extent.

Because EMDR therapy is based on a neurophysiological model, EMDR therapists may lack a thorough understanding of the psychological processes also active in EMDR therapy. Therefore, in our opinion, EMDR therapists should pay closer attention to the concept of integration according to the TSDP, because it provides a deeper understanding of the *psychological* processes active in the AIP. The concept of synthesis and realization can help therapists understand the phenomena involved in the treatment of trauma patients and may give EMDR clinicians tools to better conceptualize and finely adjust their interventions when needed.

EMDR therapy is based on an 8-phase protocol. Phase 1 (client history and treatment planning) and phase 2 (preparation and information about EMDR) are the preliminary phases. In phase 3 the EMDR therapist targets the chosen dysfunctionally stored memory in a structured manner. Phase 4 is the main part of desensitization and reprocessing using bilateral stimulation (BLS). During phase 5, a positive cognition is installed, and in phase 6, the therapist verifies that all disturbances have been reprocessed with the help of a body scan. Phases 7 and

8 address respectively the closure of a session and the reevaluation of the previous session.

It is our understanding that the concepts of synthesis and realization are useful to EMDR clinicians working with all types of patients, not only when working in EMDR with complex dissociative patients. We will focus mainly on phases 3 and 4 of the EMDR therapy standard protocol and on the use of cognitive interweaves.

The Concept of Synthesis

Van der Hart et al. (2006) describe synthesis as the process by which “we perceive, link or *bind*, and *differentiate* (components of) our experiences” (p. 134). They differentiate core synthesis and extended synthesis. “Core synthesis involves binding together sensations, emotions, thoughts, behavioral action, and a sense of self within a given moment or situation, but also differentiating them” (p. 144). Extended synthesis relates to binding and differentiating situations and the subjective experiences of these events over time while creating a sense of self across time. Differentiating core and extended synthesis is relevant to psychotherapy and in particular to trauma therapy.

Core Synthesis

Core synthesis is achieved when the different elements of a traumatizing event - perceptions, sensations, emotions, thoughts, and behavioral actions – are bound together allowing for a coherent sense of self at this particular moment. Core synthesis relates to the binding/differentiating of these elements *at each moment of a particular event*. If an individual has amnesia for a specific moment of a traumatic event, this means that there is no access to knowledge (cognitions, images), but the person may be aware of sensations or emotions related to this particular moment, and considers them as symptoms. In other cases individuals may remember the situation in form of images and thoughts, but with no conscious connection to sensations or emotions (emotional disconnection). In trauma therapy core synthesis will succeed when the client can bind and differentiate perceptions, sensations, emotions, thoughts and actions for each moment of a traumatizing event. Treating the dysfunctionally stored memory of an event successfully means first of all achieving a core synthesis:

binding/differentiating emotions, sensations, thoughts and actions of each moment of the event (from the beginning to the end of the event). Then, the narrative of the event is achieved with the binding and differentiating of each moment of the event, together with a connection of perception, sensations, emotions, thoughts and actions for each moment of this event.

Core Synthesis in EMDR

In EMDR therapy, one may often notice that this narrative develops naturally during phase 4 of the standard protocol. Sometimes, through the spontaneous associations occurring during the reprocessing, clients describe the traumatic situation, or its most important sequences, from the beginning until the end, as if they were telling the story of the event. Sometimes this happens in a less chronological way. Elements of the trauma (time fragments or specific emotions, sensation, actions or thoughts) that have been covered by amnesia may emerge during phase 4, showing how core synthesis may develop on its own with the EMDR standard protocol.

EMDR therapists are taught to be aware of the different elements involved in the reprocessing during the channels of association: physical sensations (including sensorimotor actions and reactions), emotions, beliefs and images (which often includes seeing the actions of the participants and the scenario of the event). This differs of course from patient to patient. When the AIP works smoothly, one can notice that the client integrates these four elements spontaneously into the reprocessing: the core synthesis happens naturally, under the effect of the AIP and as predicted by the AIP model. For each sequence of the event, the client binds and differentiates emotions, sensations, thoughts and actions. This may go on throughout the reprocessing of the whole target, until the event has been reprocessed successfully. In other cases, it may be more difficult, and specific interventions should be used such as cognitive interweaves, as illustrated in the following vignette.

Clinical Vignette

Mrs. A. is a 25-year-old client consulting for PTSD and agoraphobia after a car accident which caused severe injuries to her legs and hips leading to surgery

and long rehabilitation. At the time of consultation, her injuries are completely healed and she is back to work but the PTSD and the agoraphobia prevent her from driving or using public transport. Therefore, she walks from home to work, physiotherapy and psychotherapy, which are all within walking distance. While targeting the car accident, the client spontaneously describes the accident from the beginning (hitting a truck) until the end when she is at the hospital. Here are some excerpts of the phase 4 of this EMDR treatment, where some difficulties arose.

Excerpt 1.

Client: I feel a pressure on my chest. (BLS).

Client: This pressure on my chest. I can't breathe. (BLS).

Client: The back of my head hit something. (BLS).

Client: My chest hurts again (client anxious). (BLS).

Client: Oh, I understand; this was the seat belt. (BLS).

Client: Yes, this was the seat belt on my chest (client is calmer). (BLS).

Client: The back of my head hurts again. (BLS).

Client: And my neck hurts too. (BLS).

Client: My head really hurts! (BLS).

Client: My head and my neck hurt so much! (client anxious).

Client: They really hurt! (client anxious and upset).

At this point, the process seems to be blocked. In the therapist's appraisal, the anxious and upset state of the client is not due to reliving the anxiety experienced during the event, but to the fact that she doesn't understand the reasons of the pain in her head and her neck (lack of synthesis). Therefore, an intervention with a cognitive interweave could be useful.

Therapist: At the time of the shock, when the seat belt is pressing against your chest, what may have happened to your neck and head?

Client: (Interrogative mimic).

Therapist: Stay with this. (BLS).

Client: OK, I get it. This is my head hitting against the upper part of the seat. (BLS).

Client: This tension in my neck is still there. (BLS).

Client: It is decreasing now (BLS).

Client: It was really a strong shock that I had. (BLS). (at this point the client is experiencing personification and presentification, explained later in this paper)

Client: It is better now. (...)

In the first part of this excerpt, at the beginning, only sensations came up in the associations' channel (pain in the chest), then a cognitive element came up spontaneously (the pressure of the seat belt), helping the client develop an understanding of the chest pain. The shock of the car against the truck led to the activation of the seat belt, which protected the client from more injuries but also provoked a strong pressure across the chest. The *binding* of the *body sensation* with the *knowledge* of the pain provoked by the seat belt came naturally, through the effect of the AIP. In the terminology of the TSDP, the patient executed an action of synthesis. Later the AIP seemed blocked around the feeling of pain in the neck and head. Because the client seemed highly disturbed by the process itself and was known by the clinician to be a somewhat avoidant person who could possibly interrupt the therapy, the therapist didn't want to take the risk of a stronger blocking. A cognitive interweave was proposed with the aim to bind the sensation with some knowledge. This led to a successful binding and the process could continue. Here again, in the terminology of the TSDP, the therapist enhanced in the patient the action of synthesis, which also led to the actions of partial personification and presentification.

Excerpt 2.

Here is a later excerpt:

Client: It smells like my car is on fire! (BLS).

Client: Oh my God, the car is on fire! (BLS).

Client: The car is on fire and I can't get out of it! (BLS).

Client: It smells like fire! My car is on fire! (client is more distressed).

Therapist: Did your car catch on fire?

Client: No. (BLS).

Client: The car is going to burn and I can't get out! (client is even more distressed).

Therapist (doing a cognitive interweave): I know that smell. It is powder from the airbag system.

Client: (surprised) OK. (BLS).

Client: This is OK.

Client: The smell doesn't bother me anymore.

Client: I see someone coming to help me. (...)

In this excerpt, the first cognitive interweave did not help. The client had previously told the therapist that there had been no fire during the accident. Still, bringing this knowledge into the channel of associations did not free the AIP. The second cognitive interweave helped and released the process. Why did the second interweave help and not the first one? We believe that the second interweave helped because it targeted the *binding* of sensations (the smell of fire) to a knowledge that explained the smell, a knowledge that the client did not possess. It also targeted the process of *differentiation* of a smell that is associated with fire and fear (unconditioned stimulus) and facts (there can be a smell similar to the smell of fire but not leading to a fire). In this case, differentiation promoted synthesis. The fact that the car had not caught on fire was not useful knowledge to release the process in this particular clinical situation. The client was indeed

trying to bind and differentiate different elements (sensations, emotions, thoughts, actions) in a need to execute the mental action of core synthesis. In our understanding, this is the reason why the second interweave helped but not the first one. The clinician had had a car accident himself in which he learned that the powder released from the airbag system when it is activated smells like fire. By adding “I know that smell”, he made this information more personal, deepening the relationship as both client and therapist share some common experience. With Dworkin (2005), we believe that such a comment can help the client be more receptive to the knowledge that immediately follows.

Extended Synthesis

As Van der Hart et al. (2006, p. 149) state, extended synthesis “helps us create our life history and a consistent sense of self because we are able to bind, differentiate, and coordinate not only single action systems, but a complex constellation of them over long periods of time”. Traumatic experiences, with their related impaired core synthesis, may have a long-lasting effect. Individuals may be activated so regularly by trauma-related stimuli that their views of the world and themselves have changed over time. For example, women who have been sexually assaulted may avoid intimate contact with men (avoidance of trauma-related stimuli). Their self-presentation may be so impacted that some survivors believe they may never be able to defend themselves in general and particularly if assaulted again. Their representation of the world may also be disturbed to such an extent that some may subsequently believe that all men are dangerous. The lack of extended synthesis lies in the inability to bind and differentiate the needed feeling of safety (avoiding contacts with men) and other needs such as attachment and sexuality.

Extended Synthesis in EMDR

A complete EMDR therapy implies working on three prongs within the standard target sequence plan: the past, the present and the future. For EMDR therapy to achieve optimum efficiency, therapists should target past situations,

then present triggers and finally future scenarios. By doing so, EMDR therapy focusses on what is called extended synthesis in the TSDP.

Extended synthesis often develops naturally during EMDR treatment. In simpler cases, clients may change their perspective after working only on one unique or several past traumatizing situation(s). In such cases, after core synthesis has been achieved on one or more targets of the past, extended synthesis occurs spontaneously. This may show when targeting present triggers and future scenario: it takes little time in such cases and the client shows rapidly functionally adapted reactions and anticipations. The client's positive cognition installed while working on the past traumatizing situation(s) has generalized to present triggers and future scenario. This is an indicator that extended synthesis has been achieved.

However, in other cases, after targeting with the EMDR standard protocol several past situations (dysfunctionally stored, disturbing memories), appropriately targeting the present triggers and the future (negative anticipations) may need more time to achieve a complete extended synthesis.

In any case, in our experience, working on the future scenario allows the client to realize that her sense of self has changed. For example, while checking whether he felt anxious or not while visualizing a presentation he had to do in a few weeks in front of his colleagues, a man who had suffered from being bullied at school realized that he felt good and was not scared anymore. "This is really over now. I learned from this experience that I should be cautious of certain nasty people but I am confident that I can deal with them and there are so many other nice positive people that I can trust". We see here how the client integrated the changes in a different self-representation and another view of the world, therefore with a new sense of self. This is what extended synthesis is about (in this case this involves also extended realization). A complete EMDR therapy targeting past, present and future situations, as proposed with the standard target sequence plan, is needed to achieve extended synthesis.

When extended synthesis occurs successfully in EMDR therapy, a sexually abused woman will be able to open up to an intimate relationship with a respectful partner, a person maltreated as a child will develop self-confidence and achieve related successful actions in life, a phobic person will be able to change his self-image to a courageous individual daring to do things he didn't dare try before treatment.

Clinical Vignette

We will now describe a case where extended synthesis is blocked and then released by a cognitive interweave. In the case of Mrs. A. described above, more difficulties emerged later in the EMDR therapy, targeting the car accident, during phase 4. Here is an excerpt.

Client: My legs are stuck. (BLS).

Client: I can't move my legs. (BLS).

Client: I can't move my legs! (BLS).

Client: My legs are paralyzed. I need to check my legs now to see if I can move them. (client starts to stand up).

Therapist: Please, keep seated. How did you come to the session today?

Client: (surprised). Oh! I see. I walked to your office.

Therapist: Stay with that. (BLS).

Her legs and hips had been broken in the car accident and, during this session, the memory of being unable to move her legs emerged, together with the high distress of the time of the accident, and the distress of re-experiencing this again during the session. This time, in contrary to the above excerpt 2, the client knew why she had been unable to move her broken legs during the accident, but the adaptive memory network and the dysfunctional memory network were lacking connection at this very moment in the session. It appeared that the client greatly lacked extended synthesis. The cognitive interweave helped connect these two memory networks and helped also for *extended* synthesis, by binding/differentiating the situation of the broken legs in the past and the current healthy condition in the here and now.

Other interventions could have been proposed, such as reorienting the client in the present by letting her check that she was indeed able to move her legs and hips. For example, the therapist could have let the client walk around in

the office and check by herself concretely that she could walk. This type of intervention could have also been helpful but would not have made use of the fact that the knowledge that the client's legs were fine now was already stored in her memory network. If we had reoriented the client to the present, the reprocessing would have stopped and the client would have missed the opportunity to execute the mental action of extended synthesis.

This moment of EMDR therapy happened to be close to the end of reprocessing the car accident. It may be possible that such developments of extended synthesis occur more frequently in the last associations' channels of phase 4, and during phase 5 while installing the positive cognition, but this proposition needs more systematic observation.

Realization: The Concept of Personification

Based on the lower-order integrative actions of synthesis, realization pertains to the higher-order integrative actions with regard to traumatic experiences. Realization implies personification and presentification (Van der Hart & al., 2006). Personification is the clients' ability to feel that they have experienced these traumatic events, "to take personal ownership of [their] experience" (Van der Hart & al., 2006, p. 153). Presentification consists of "being firmly grounded in the present and integrating one's past, present, and future" (Van der Hart & al., 2006, p. 12).

Core and Extended Personification

The TSDP distinguishes core personification from extended personification. In core personification, taking personal ownership of the past experience is done in the present time. Extended personification relates to "mental activities by which we bind and differentiate with our sense of self across time and situations" (Van der Hart & al., 2006, p. 155). Extended personification is highly relevant to EMDR therapy as we will see in the following clinical vignettes

In the terminology of the TSDP, in a case of structural dissociation an EP holds elements of the traumatic memory while the ANP does not or does only partially. According to Van der Hart et al. (2006, p.156), "each dissociative part

personifies some actions and experiences, but regards other actions and experiences as 'not me' to some degree, including one or more other parts". To achieve optimal personification - that is in order to make these experiences feel like her/his own - the patient, in her/his ANP should personify the dissociated actions and experiences that are held by the EP. In this manner, the patient develops a more unified integrated personality step by step. When personification occurs while working on a traumatic memory, the client realizes *on an emotional level* what he or she has been through and he/she will therefore show emotions related to the type and severity of the traumatizing event, indeed sometimes strong emotions (Nijenhuis, personal communication, 2015). Personification is not merely a cognitive process, it is also and possibly foremost a deep emotional process, as well as a process of grief. It develops often step by step, parallel to the increasing level of mental energy and to the decreasing phobia of realization.

Personification in EMDR

In EMDR therapy personification may occur spontaneously, most of the time during phase 4 and sometimes as well in between sessions when the AIP is still active. When emotions (in particular grief reactions) are accompanied by words such as: "Now I realize how it felt"; "I never realized how frightened I was as a child"; "Oh! I can feel that pain I felt as a little boy", etc., this should be seen as a sign of newly gained personification.

However, personification may not always occur spontaneously during the reprocessing. In EMDR therapy, the cognitive interweave gives a large variety of possibilities to promote personification, which should be a foremost goal, nevertheless taking in consideration the ability of the client at the time. We present several clinical vignettes that illustrate this.

Clinical Vignette

Mrs. C. is a client with C-PTSD who experienced repeated sexual aggression from an older brother over several years. While reprocessing a situation of sexual abuse for which the negative cognition was "I am in danger", the AIP is blocked during phase 4 on the theme of safety. Here is the excerpt of this moment in the session:

Client: I feel unsafe. (BLS).

Client: I feel unsafe and I'm trembling. (BLS).

Client: Still unsafe, very much so. (BLS).

Client: I was never safe, never. (BLS).

Client: I will never be safe.

At this moment the clinician has several options as to which cognitive interweave should be used.

1st option: a cognitive interweave enhancing present safety.

Because the theme is about safety, a possible cognitive interweave could target the feeling of safety in the here and now. Using a well-known metaphor in EMDR therapy, the underlying idea would be that the client might have both feet in the past and one foot should be brought back in the present. The connection to the memory network of safety in the here and now would allow to unblock the process.

Therapist: Are you safe right now?

Client: I am safe now, yes.

Therapist: Stay with this. (BLS)

Such an interweave might bring emotional relief and phase 4 may continue.

2nd option: a cognitive interweave enhancing defense.

Some therapists might be tempted to intervene in a manner which would give the client some feeling of mastery. They may therefore introduce a cognitive interweave that will connect clients to their ability to defend themselves, like fighting back the aggressor. The assumption is that the feeling of danger stems from the fact that such clients as children could not defend themselves. A possible interweave could then be:

Therapist: What if the child could defend herself?

Client: Yes. That would be good. I never could.

Therapist: Imagine you are defending yourself. Visualize this. (BLS).

Then, the client describes how she beats up her brother. The blocking of the AIP is released and the phase 4 can continue.

This imaginary scenario activates the defense action sub-system of fighting. With such an intervention, the client will not realize that she could not defend herself back then and was helpless, with no means to get out of the abusive situation, for example because she was little and the brother strong and tall, or threatening her.

3rd option: a cognitive interweave enhancing imaginary resources.

Another way to unblock the process could be to develop an imaginary scenario, involving possible resources, just like in the following example:

Therapist: What did the child need to feel safe?

Client: She needed her Mum to comfort her.

Therapist: Imagine this (BLS).

This interweave activates the care action system (and soothing) instead of the action sub-system of fighting, as in the previous option. In this 3rd option there might be several possibilities. If the mother was clearly not protective at all in real life, this cognitive interweave ("what did the child need to feel safe?") may not help or not enough. For example, the client, might continue by saying: "But my mother was never there for me", and we would be back at the starting point. If the mother was a protective figure except in the case of the sexual abuse by the brother, then the client may be able to imagine herself as a child being protected

and comforted by her mother and the client would probably calm down and feel safer. But this presents a dilemma. In our understanding a mother who is not aware that her child is being sexually abused by her other child over several years is not protective or at least not enough. If the child does not dare say to her mother that she has been abused, this means that the child-mother relationship is not good enough. Therefore, a next possible intervention of the therapist could be: "Yes of course, as a child you needed your mother on your side, but your mother didn't see anything and could not help". Immediately the clinician should make a proposition: "Can you imagine another person to help you as a child feel safe, maybe the grandmother you liked so much, or an animal, or an imaginary good-hearted figure?" We could as well skip the first sentence that may sound harsh, in fact it triggers the theme of feeling unsafe even more, which brings us to the 4th option.

4th option: a cognitive interweave promoting personification more specifically.

The process might be blocked on the safety issue because the client has not yet realized the deep feelings of helplessness and despair when feeling unsafe *endlessly* when she was a child. In this case we propose another type of cognitive interweave.

Therapist: How is it to feel unsafe for so long?

Client: It feels like it will never end! (client cries)

Therapist: Stay with this. (BLS).

In such a situation, clients usually are in contact with the intense related emotions and may cry a lot. This intervention helps the client execute more of the mental action of synthesis, allowing a specific personification ("I did experience this unbearable feeling of endless danger and helplessness"). At the same time, the client integrates that she has experienced some unbearable enduring feeling of danger and helplessness, which brings emotions of grief, typical for personification. The clinician should make sure that the client stays oriented in the here and now while in contact with the intense feelings.

We notice that the theme changes from safety to helplessness. During phase 3, the choice of the negative cognition (NC) is indeed central and it may happen that during phase 4 the NC changes. This is what happened in our example: the NC "I'm in danger" could be considered correct during phase 3, but in fact it doesn't correspond exactly to the core pain, which is the helplessness, and which came out later during phase 4.

In cases of violence on children, the theme of helplessness should be given due consideration. Safety might seem to be central since many such clients come to therapy to treat anxiety disorders. Nevertheless, the central concern for human beings, and even more so for children, seems to be the feeling of loneliness while they are unprotected and also after they are out of danger. Research has shown that social support from caregivers is a strong protective factor of PTSD after the occurrence of a potentially traumatizing event on children (Marsac, Donlon, Hildenbrand, Winston, & Kassam-Adams, 2014; Meiser-Stedman, Yule, Dalgleish, Smith, & Glucksman, 2006; Stallard, Velleman, Langsford, & Baldwin, 2001; Wise & Delahanty, 2017). Children in dysfunctional, traumatizing or traumatized families lack these protective actions of caregivers. Many clients say that the worst part of a traumatizing abusive situation is not actually the abuse itself but the fact that their parents did not react appropriately to the situation.

Substitute actions and adapted cognitive interweave.

Substitute actions is a concept developed in the TSDP by Van der Hart et al. (2006) and based on Janet's work (1903). Substitute actions are maladapted mental or behavioral actions that survivors engage in when they are not able to engage in more adapted actions. For example, a client under strong emotional arousal could hurt himself instead of doing a relaxing activity or writing in a therapeutic diary. In certain cases, the concept of substitute action is useful to address the right cognitive interweave to promote personification more specifically. To illustrate this, let's go back to the previous case of Mrs. C. with the following excerpt:

Client: I feel unsafe. (BLS)

Client: I feel unsafe and I'm trembling. (BLS).

Client: Still unsafe, very much so. (BLS).

Client: I will never be safe. (BLS).

Client: I want to do something. (BLS).

Client: I can't get away. (BLS).

Client: I want to hit him. (BLS).

Client: Yes, I want to beat him up. (BLS).

Here we may have two options. The first option often used by EMDR therapists is the following interweave: "Imagine you beat him up" or "let's pretend you beat him up". This intervention might help the client to get over this feeling of being unsafe and helpless. Nevertheless, the client could neither escape or fight in the past situation, because she was too small and the brother tall and strong or threatening. Imagining beating up the molester might be helpful to make the client believe she can defend herself now. But it could also be a substitute action for the more difficult mental action of realization (personification and also presentification) that as a child, she could do nothing. In such cases we propose the following cognitive interweave:

(...)

Client: I want to do something. (BLS).

Client: I can't get away. (BLS).

Client: I want to hit him. (BLS).

Client: Yes, I want to beat him up. (BLS).

Therapist: At that time, were you able to do anything?

Client: No!

Therapist : Stay with this. (BLS)

At this point the client might or should cry. The process of personification involves the contact with the deeper pain of the past, and the following grief. This leads to related emotions that can be strong with tears and possibly sobbing, depending on the severity of the traumatizing event, the emotivity of the client, and intersubjective elements of the therapy. Emotion of profound sadness is a sign that the client is executing properly the mental action of personification.

Realization: The Concept of Presentification

According to the TSDP, realization implies, beside personification, also presentification. Presentification refers to an individual's ability to integrate that (potentially traumatizing) events took place in the past and are over now, that he or she can be and can fully act in the present moment. As Van der Hart et al. state (2006, p. 157), "presentification is more than being aware of the present moment. It involves our creation of the present moment from a synthesis of personified experiences stretched over time and situations, from the past, the present and the projected future. Ultimately, presentification is our construction of the context and meaning of the present moment within our personal history". Here again Van der Hart et al. (2006) differentiate core and extended presentification.

Core and Extended Presentification

Core presentification refers to the mindful awareness of self and the environment by the individual. In EMDR therapy "one foot in the past and one foot in the present" is a metaphor used to explain that clients should concentrate on the past situation *and* at the same time be aware of the here and now for the AIP to be efficient. In the terminology of the TSDP, being aware of the here and now while reprocessing (in particular during phase 4) refers to core presentification.

Extended presentification relates to our awareness that our present experience is embedded on the time line of our life, in our past and future. Therefore, extended presentification allows us to link our experiences in a way that makes us feel our personality cohesive (Van der Hart & al., 2006).

Presentification in EMDR

In EMDR therapy, presentification is supported at different stages of the therapy. During phase 3, the protocol carefully differentiates the past and the present tense. For example: “When you think of this experience, what is the worst part of it as you think of it *now*?” (Shapiro & Laliotis, 2017, p. 53). Presentification is also enhanced with supportive interventions during the BLS such as: “You are safe *now*”; “I am here with you *now*”; “This happened *many years ago*”. Such interventions are used to support the client when experiencing strong emotions: the aim is to support clients and to help them differentiate the past from the present, binding and differentiating different memory networks, and making the AIP more efficient.

EMDR therapy can be considered successful when the client doesn’t feel any more activated by the memory of the past traumatizing event (as measured with the SUD in phase 4, with the VoC of the positive cognition in phase 5, and a positive body scan in phase 6), that the present life is different from the past (after targeting the present triggers) and that the future can be different than previously expected (after targeting the future scenario). In that sense, successful EMDR therapy (by reprocessing targets on the three pronged protocol) gives clients the possibility of achieving core and extended presentification.

In our experience in EMDR therapy with less complex cases, interventions supporting presentification should preferably be done after the client has achieved at least some degree of personification, that is after the client has been in contact with the core pain of the targeted situation. In other words, before being able to realize that the event is over now (presentification), the client needs to realize that the event happened to him or her (personification). In our observation there is a risk that the AIP stays blocked, or that the reprocessing doesn’t go beyond a certain depth, if presentification occurs without a minimum of personification (“It happened in the past but it didn’t really happened to me”). This view should not be seen as an imperative and may be different in the treatment of patients with complex dissociative disorders.

Clinical vignette.

Let's go back to Mrs. C, the client with C-PTSD, repeatedly sexually abused by an older brother over a period of several years. While working on such an event the AIP blocked on the safety issue, and we proposed several possible cognitive interweaves. In our view, the fourth option seems to be the best choice to achieve personification: support the client to get in touch with a deeper pain, while the theme moved from "feeling unsafe" to "feeling helpless". Here is the excerpt:

Therapist: How is it to feel unsafe for so long?

Client: It feels like it will never end! (client cries)

Therapist: Stay with this. (BLS).

Client: This hurts so much ! (BLS). (personification)

Client: This is unbearable. (BLS) (more personification)

At this stage some therapists might feel an urge to make a supporting intervention such as "this is over now", therefore promoting presentification. In our experience, suggesting presentification too early in the process may prevent optimal personification. Instead, a recommendation is an intervention supporting the client directly on the core theme which is: being alone and feeling helpless (personification first). Here is the follow up of the above excerpt:

Client: This is unbearable (BLS).

Therapist (during the BLS): Yes, this is unbearable. Continue. (promoting personification)

Client: No one saw my pain. (BLS)

Therapist (during the BLS): No, no one saw your pain *at the time*. Continue. (promoting again personification and first step of presentification).

Client: Why didn't my mother see anything?!

Therapist: Stay with this. (BLS)

Client: I was alone (cry deeply).

Therapist (during the BLS): Yes, you were alone and this is very sad. (promoting personification and grief).

The last supportive intervention is meant to support the client during the process of personification ("Yes, you were alone") and to bring some further degree of presentification ("this is very sad"). "This is very sad" relates to our present consideration on the past event, this is why such an intervention softly supports presentification; it also promotes the necessary process of grief. Presentification is fostered also by the compassion shown by the therapist during such an intervention. The therapist's compassion supports presentification also because it is opposite to the client's feeling of loneliness. Hopefully the client will feel the difference between the past (no support from the mother) and the present (compassion from the therapist). Supportive interventions such as "I'm here with you" may also be efficient, but may re-orientate the client too soon in the present before sufficient personification has occurred. Again, sufficient personification is needed for optimal final realization.

Promoting presentification in EMDR.

Taking into consideration the TSDP for EMDR therapy, specific cognitive interweaves can help support presentification when needed, i.e. when the client's attention has been focused on the past suffering without any sufficient awareness that all this is past history. In other words, the memory networks from the present (for example: "I have emotional support from close friends now") have not been linked to the dysfunctionally stored memory networks of the past events ("my mother didn't protect me"). After gentle presentification has been suggested with supportive interventions as presented above, more direct interventions, like cognitive interweaves, may be needed to help the client bind different memory networks and release the AIP. A recommendation is to first choose cognitive interweaves that describe the past situation with compassion and then propose the present alternative. For example: instead of the following interweave "Are you alone now?", the therapist may choose: "Yes, you were alone at the time. What about now?" This last interweave starts with a compassion-based intervention which promotes personification ("Yes, you were alone"), that also includes some degree of presentification ("at the time"). We believe that this first part of the

interweave will make the client more open to the next part of the cognitive interweave that suggests a bridge to another memory network (“What about now?”). Therapists trained in hypnosis will recognize the concepts of pacing and leading here. In Eriksonian hypnotherapy a core concept is to be close to the client’s experience and feelings (pacing) before suggesting any change (leading) (Grinder & Bander, 1976). Clients may be more open for change after they have felt a deep understanding from their therapists. We consider that cognitive interweaves should be adjusted to implement this recommendation, as we did in this example.

Extended presentification can also be developed while working solely on past targets. However, extended presentification will be best achieved after the EMDR therapy eight-phase protocol and three pronged protocol have been completed: past disturbing situations, present triggers, future anticipations. In this sense, EMDR therapy enhances presentification without naming it in the same terms as the TSDP. The TSDP and its concept of presentification may help EMDR therapists to better understand where the client stands in this regard and better adjust their interventions with more precision, either supportive interventions or cognitive interweaves, as we have shown above in the vignette.

Discussion and Conclusion

Integration has been precisely defined and described in the context of the TSDP. It consists of a complex series of mental actions which involve synthesis and realization, the last consisting of personification and presentification. The concepts of synthesis and realization can be useful for EMDR therapists as they allow a deeper understanding of the psychological processes (and the involved mental actions) that take place when the AIP is at work. These concepts also allow better adjusted interventions during EMDR reprocessing. The AIP model is a hypothesis aiming to explain the nature of maladapted behaviors and psychological difficulties, and the process occurring during EMDR therapy. The concepts of synthesis and realization, as proposed by Van der Hart et al. (2006), can bring a deeper understanding of psychological processes which are or should

be activated during the EMDR therapy. These concepts of the TSDP can be extremely useful to understand where clients stand in the course of the EMDR treatment and how to release the AIP when the process is blocked, or to deepen the reprocessing.

EMDR therapists should follow their patients in their own reprocessing, stay “out of the way” as much as possible, but also enhance the missing mental actions when needed, such as a lack of synthesis, presentification, or personification. In this regard, the choice of supportive interventions and cognitive interweaves during phase 4 can be finely attuned and adjusted, depending on where the client stands in the process of synthesis and realization (with personification and presentification), and also taking into consideration a possible phobia of realization (Van der Hart et al., 2006; Van der Hart et al., 2014). Ideally, clients should achieve core personification of a disturbing event through synthesis. In trauma therapy, personification may lead to strong emotions that not all such clients are able to deal with. EMDR therapists may adjust the treatment according to their clients’ abilities in affect regulation. If they assess that their client would not be able to achieve core presentification of a specific disturbing event without being overwhelmed, EMDR therapists could suggest an imaginary reparative scenario through adapted cognitive interweaves. Imaginary reparative scenarios may allow only partial realization but may be a good alternative for many clients. However, for some clients, it is a first step towards a more completed realization (mainly personification at first) that will take time, while for other clients, realization will not go further, at least not without a cognitive interweave which triggers the pain that needs to emerge for full realization to occur. It all depends on the client’s stability and goals, on the client’s degree of phobia of realization, and on the therapy’s setting (time and number of sessions at disposal, etc.). It is important not to push the client in a direction he or she may not be able to cope with. This relies often on a difficult, subjective and intersubjective assessment.

The decision to be made between these two types of interventions will depend on the following factors:

- Is the client ready at this particular moment of the therapy to realize elements of the trauma that were not conscious until now? For example: the feeling of danger *over a long period of time*, which leads to a feeling of *enduring helplessness*, as in the case of Mrs. C.

- Is it the good timing in the session and in the therapy to trigger intense emotions?
- Is the client able to regulate the intense emotions that may come up if the therapist facilitates the emergence of a deeper emotion? Or will the client go out of the window of tolerance (Ogden & Minton, 2000)?
- Is the clinician ready to go through these intense emotions with the client?

Synthesis, and realization with personification and presentification are intertwined. They occur in a combined process. Separating these four concepts may feel artificial but is necessary for the purpose of this paper. Nevertheless, it is useful to define each of these concepts precisely and to explain how they may combine or not during treatment. Clinicians may therefore focus on the missing elements. We have shown how interventions can be adjusted, depending on what has not been developed enough: synthesis, personification, presentification. Overall, in our view, synthesis – as a lower-order mental action - should be fostered first, which should lead to the higher-order mental action of realization, with personification and then presentification. These overall intertwined processes lead to the integration of traumatic memories in the client's autobiography (in the meaning of the TSDP) and the subsequent simultaneous fusion of the ANP and the EP(s). In the neurophysiological words of the AIP model, these overall intertwined processes are involved in the transformation of dysfunctionally stored memories into adaptive memory networks. We have emphasized that presentification should be supported by adjusted interventions only when at least some personification has occurred. This is of course no dogma and further thorough observation is needed in this clinical field.

Because all cases are unique, we should keep in mind that there is not only one way to do EMDR therapy. The clinician's difficult task is to choose the best solution at a particular moment in a specific session, in the process of that particular treatment with a unique client. With the knowledge of the concept of integration as defined by Van der Hart et al. (2006), we believe that EMDR therapists can better adjust and attune their interventions to their specific clients. In many cases - not only in cases considered as complex - the benefit of EMDR therapy could increase when taking into consideration these concepts of synthesis and realization. We should not view the psychological concept of integration

according to the TSDP as conflicting with the neurophysiological concept of information processing according to the AIP model. As Van der Hart, Nijenhuis and Solomon (2010, p.90) state, "they rather involve different levels of description of the same phenomena." We believe that these different levels of description complement one another. A challenge for research would be to consider the concept of integration of the TSDP in neurophysiological studies. Aside the ever growing interest on the neurophysiological processes involved in EMDR therapy, this paper hopes to bring a focus on the psychological processes and the mental actions involved in EMDR psychotherapy based on the AIP model.

References

- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York: Routledge.
- Grinder, J. & Bandler, R. (1976). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H Erikson, Volume 1*, CA: Captita.
- Harper, M. L., Rasolkhani-Kalhorn, T., & Drozd, J. F. (2009). On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights From qEEG Studies. *Traumatology*, 15-2, 81-95
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie* [Obsessions and psychasthenia], Vol. 1. Paris : Félix Alcan.
- Järvilheto, T. (2001). Feeling as knowing, Part 2. Emotion, consciousness and brain activity. *Consciousness & Emotion*, 2(1), 75-102.
- Landin-Romero, R., Novo, P., Vicens, V., McKenna, P.J., Santed, A., Pomarol-Clotet, E., Salgado-Pineda, P., Shapiro, F., & Amann, B.L. (2013). EMDR Therapy Modulates the Default Mode Network in a Subsyndromal, Traumatized Bipolar Patient. *Neuropsychobiology*, 67, 181–184. DOI: 10.1159/000346654
- Marsac, M.L., Donlon, K.A., Hildenbrand, A.K., Winston, F.K., & Kassam-Adams, N. (2014). Understanding recovery in children following traffic-related

- injuries: Exploring acute traumatic stress reactions, child coping, and coping assistance. *Journal of Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 19(2), 233-43.
- Meiser-Stedman, R.A., Yule, W., Dalgleish, T., Smith, P., & Glucksman, E. (2006). The role of the family in child and adolescent posttraumatic stress following attendance at an emergency department. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 397-402).
- Nijenhuis, E.R. (2015). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 1 and 2*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, VI-3, 149–173.
- Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. (2012) Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS ONE* 7(9): e45753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>
- Rimini D, Molinari F, Liboni W, Balbo M, Darò R, Viotti E, et al. (2016). Effect of Ocular Movements during Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: A Near- Infrared Spectroscopy Study. *PLoS ONE* 11(10): e0164379. doi:10.1371/journal.pone.0164379
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) – Results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*. Doi:10.1016/j.jandis.2008.01.007.
- Sayed, S., Iacoviello, B.M., & Charney, D.S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1-7.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Second edition*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2014) The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical

symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18 (1), 71-77-

Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Third edition.* New York: Guilford.

Shapiro, F., & Laliotis, D. (2017). *EMDR Institute basic training course – Part two.* EMDR Institute Inc.

Stallard, P., Velleman, R., Langsford, J., Baldwin, S. (2001). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 197-208.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* New York : Norton.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92.

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 81–94.

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48.

Wise, A. E., & Delahanty, D. L. (2017). Parental Factors associated with child post-traumatic stress following injury: a consideration of intervention targets. *Frontiers in Psychology*, 8, doi: [10.3389/fpsyg.2017.01412](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01412)

Acknowledgement : The author wishes to thank Eva Zimmermann for her detailed comments on a previous draft of this paper.



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Case Report

Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study



Psychothérapie de la psychose dissociative post-partum basée sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et l'hypnothérapie : une étude de cas

Olivier Piedfort-Marin ^{a,b,*}

^a APEMAC/EPSSAM EA 4360, University of Lorraine, Metz, France

^b Institut Romand de psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

ARTICLE INFO

Historique de l'article :
 Received 9 April 2019
 Received in revised form 5 August 2019
 Accepted 19 September 2019

Keywords:
 Dissociative psychosis
 Structural dissociation of the personality
 Hypnosis
 Psychotherapy
 Trauma

Mots clés :
 Psychose dissociative
 Dissociation structurelle de la personnalité
 Hypnose
 Psychothérapie
 Traumatisme

ABSTRACT

Introduction. – Identifying dissociative psychosis, often a serious invalidating condition, can be relevant for an accurate choice of treatment and a better outcome. Symptoms of dissociative psychosis are understood as the psychotic-like intrusions of trauma-related dissociative parts into the part of the personality dealing with daily activities.

Objective. – This article presents the treatment of a 35-year-old woman who developed a dissociative psychosis two weeks after a traumatizing, death threatening delivery. Psychotic symptoms were mystic, referential and persecutory delusions. The therapeutic interventions are described and commented in detail.

Method. – Conceptualization was based on the theory of the structural dissociation of the personality. Hypnotherapeutic interventions with a light trance were used to enter the patient's inner world to understand the meaning of the symptoms and gain a resolution of the trauma-related dissociative parts involved in the expression of the symptoms.

Results. – The patient was symptom free after three sessions, and still at two-and-half years follow up.

Conclusion. – Psychotherapy based on the theory of the structural dissociation of the personality can be efficient for dissociative psychosis. Differential diagnosis is recommended.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

R É S U M É

Introduction. – Identifier la psychose dissociative, une condition souvent invalidante, peut être pertinent pour faire un choix précis du traitement et atteindre un meilleur résultat. Les symptômes de la psychose dissociative sont compris comme des intrusions à présentation psychotique de la part de parties dissociatives fixées sur des traumatismes, à l'égard de la partie de la personnalité qui gère les activités du quotidien.

Objectif. – Cet article présente le traitement d'une femme de 35 ans qui a développé une psychose dissociative deux semaines après un accouchement traumatisant avec menace sur la vie. Les symptômes psychotiques étaient des délires mystiques, de référence et de persécution. Les interventions thérapeutiques sont décrites et commentées en détail.

Méthode. – La conceptualisation a été basée sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Des interventions hypnothérapeutiques sous tranche légère furent appliquées pour entrer dans le monde de la patiente afin de comprendre le sens des symptômes et d'atteindre une résolution des

* Correspondence at: avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Switzerland.
 E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com.

1. Introduction

Dissociative Psychosis – formerly referred to as hysterical psychosis – is a disorder that is trauma-related, has psychotic features, but is dissociative in nature (Van der Hart, Witztum, & Friedman, 1993). Unfortunately, dissociative psychosis (DP) lacks scientific recognition. It is only mentioned in the ICD-10 (WHO, 1992) as “hysterical psychosis” but with no description whatsoever, and it is not mentioned in the DSM-5 (APA, 2013). It is still unclear whether the ICD-11 will include this disorder. The term of hysterical psychosis originated in the middle of the 19th century and seems to have been first used by Moreau de Tours in 1845 (Witzum & Van der Hart, 2008, p.22). At the time, hysteria (we would now say dissociative disorder) was the disorder that probably attracted most attention among the scientific community. Hysteria was then clearly seen as trauma-related and could take very different forms. Freud and Breuer (2004/1895) mentioned that hysteria is trauma-related and that many symptoms can be present in this disorder, including visual hallucinations. Janet (1898, 1935) described a large number of cases where patients with trauma-related hysteria have symptoms that would now be categorized as psychotic. According to Janet’s work, DP is understood as the division (dissociation) of the personality into several systems of ideas and functions that can become more or less autonomous. Some of these systems may show symptoms that seem so difficult to understand and/or at such odds with the *present* reality that they may be categorized as psychotic.

Later, Freud changed his assumptions and considered the child’s fantasy, rather than early (sexual) trauma, to be involved in the development of psychopathology. With the emergence of the concept of schizophrenia (Bleuler, 1950/1911) and the rise emergence of Freud’s new theory, the interest in hysteria diminished, as it did for hysterical psychosis. As a result, Janet’s work suddenly attracted less attention. The concept of *Spaltung* (splitting) won out over Janet’s concept of dissociation. Bleuler’s work has greatly influenced the major diagnostic categorizations up until today. Bleuler believed that hysteria was simply a form of schizophrenia although Janet disagreed with this (Maleval, 1981). According to Ross (2008) many cases presented in Bleuler’s 1911 work would nowadays be diagnosed with dissociative identity disorder (DID). This very rich period with regards to the emergence of key concepts in psychopathology also led to major confusions that are still present to this day.

DP lies in the middle of this rich but also somewhat chaotic conceptual dilemma. It brings up questions concerning the concepts of dissociation and psychosis. Throughout the 20th century, attempts to differentiate psychosis and neurosis had little success, even in Freud's work, until such differentiations were taken out of major Anglo-Saxon psychiatry manuals (Maleval, 1981; Auxemery, 2015). Psychosis is nowadays merely defined by a series of symptoms - Bleuler's accessory symptoms and Schneiderian symptoms - but not by an etiology. Defining psychosis by a series of symptoms can nevertheless have its limitations. In this regard the DSM-5 mentions in the chapter on dissociative disorders that "some individuals [with DID] experience transient psychotic phenomena or episodes" (APA, p. 294).

In summary, there may be individuals with symptoms that might be categorized as psychotic, yet who have no psychotic disorder per se, but rather a dissociative disorder, as it is the case in DP. Differentiating DP from other disorders is extremely relevant to the choice of treatment. According to the few references in the literature, DP could benefit from psychological treatment, in particular hypnotherapeutic treatment that takes into consideration the dissociative etiology of the disorder (Witztum & Van der Hart, 2008).

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP) developed by Van der Hart, Nijenhuis and Steele (2006) has revisited the pioneering work of Janet and allows the conceptualization of trauma-related disorders that are considered dissociative in nature. This theory targets the dissociative structure behind the symptoms. In the case of PD, the TSDP helps explain the origins of the symptoms with a psychotic presentation or feature.

This article presents a case of PD and its brief successful psychological treatment with a two-and-a-half year follow up. The treatment consisted of hypnotherapeutic interventions based on the TSDP. We will present the TSDP, its utility for the conceptualization of PD, as well as treatment considerations. The clinical vignette will be described in detail to give the readers the closest insight into treatment possibilities in cases of PD.

2. The theory of the structural dissociation of the personality: a model to conceptualize dissociative psychosis

2.1. The theory of the structural dissociation of the personality

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP) was developed by Van der Hart et al. (2006; also : Van der Hart, Steele, & Nijenhuis, 2017; Nijenhuis, 2017) influenced by the pioneering work of Pierre Janet (1889, 1898, 1904, 1919, 1928, 1935) and Myers (1940). Recent research in neurobiology brings interesting confirmations of this theory (Reinders et al., 2006; Schlumpf et al., 2013).

In line with Janet, the TDSP postulates that, confronted with traumatizing event(s) and in the absence of sufficient integrative abilities, an individual's personality will divide itself into several dissociative parts, failing to develop an autobiographical narrative memory of this event into the person's life. These dissociative parts are of two main natures (cf. Myers, 1940): the Apparently Normal Part of the personality (ANP) and the Emotional Part of the personality (EP). The ANP is primarily mediated by action systems directed at dealing with daily life. EPs are primarily mediated by defense action systems such as fight, flight, feigned death, submission, hypervigilance, and attachment action sub-systems such as attachment cry. EPs are fixated on elements of the traumatizing event(s). ANP engages in avoidance of the EPs that might regularly intrude into the ANP in different manners that will be described later. This avoidance allows many but not all individuals as ANP to function in daily life without being too overwhelmed by the EP(s) and their trauma-related mental and/or behavioral actions, but at the same time this avoidance maintains the structural dissociation. Both ANP and EP(s) together constitute the whole non-integrated personality.

Some EPs can develop a high degree of autonomy and can take the executive control over the ANP. A change of executive control from the ANP to an EP or vice-versa is called a switch. When they do not take the executive control, EPs can intrude the ANP with sensations, sensorimotor actions, emotions, perceptions, thoughts, beliefs, mostly trauma-related. Such intrusions can take the form of auditory hallucinations when EPs intrude into ANP with comments on ANP (for example: "you are guilty") or on other people (for example: "don't trust him").

These intrusive symptoms are Schneiderian symptoms of first rank and are in fact very common in patients with dissociative disorders (Dorahy et al., 2009;

Kluft, 1987; Moskowitz, Mosquera, & Longden, 2017; Ross & al., 1990). They may be considered as a sign of schizophrenia, leading to the erroneous diagnostic of schizophrenia (or of another psychotic disorder) instead of dissociative disorder, and thus to inaccurate treatment.

EPs and ANP are in a complex systemic dynamic, between each other and with the outer world. One key element in this dynamic is the ANP's energy level. If the client as ANP has a high degree of energy level, she/he might be able to mentally avoid the intrusions of the EPs and may appear to function quite well in daily life. But if the client's energy level decreases, for example, due to stress, a medical condition or a new traumatizing event, he/she might no longer be able to mentally avoid the intrusions of the EP(s) and symptoms may increase. The EP's intrusions may then become stronger. This may lead to (more) switches and to an even lower energy level, a dangerous vicious circle that may lead to a decompensation with a need for urgent treatment.

2.2. Structural dissociation and dissociative psychosis

TDSP is helpful in understanding and conceptualizing PD. Witztum and Van der Hart (2008, p. 261) propose several cases, which can be combined, where an episode of PD can be conceptualized with the TSDP:

1. ANP feeling overwhelmed by threatening and/or imperative voices;
2. EP(s) in executive control re-experiencing traumatizing events (Janet's *primary idées fixes*);
3. EP(s) in executive control (re)experiencing terrifying hallucinations derived from traumatic experiences (Janet's *secondary idées fixes*);
4. Rapid switching among EPs because of reactivated traumatic memories; and
5. The phenomenon of *double emotion* (Janet, 1928; Witztum, Margalit, & Van der Hart, 2002), in particular instances in which current traumatization reactivates past traumatization.

In these different cases, the person might show a disturbed contact with actual reality, severe hallucinations, paranoia, all symptoms traditionally

considered as psychotic. When a person has experienced repetitive sexual abuse, one or more EPs may have developed with a strong tendency to consider other people, for example other men, as dangerous. Such EPs may communicate their fear of others and intrude on the ANP in a way that the ANP depicts as voices (auditory hallucinations) or the ANP may submit to such intrusions and directly express her/his mistrust (paranoia). In doing so, the ANP further avoids her/his dissociative structure.

EPs have their own conception of self, others and the world (Nijenhuis, 2015). Their sense of self should be understood also in relation to the age and level of psychological development of the person when the related traumatizing event took place. For example children have their own understanding of sexuality, and later the related symptoms may be difficult for clinicians to understand. If the abuses were perpetrated in combination with the ingestion of substances, this might also impact the child's perception. Later, an EP may bring forward related symptoms that are difficult to understand. This could also lead to the inaccurate diagnosis of a psychotic disorder. Indeed, clinicians tend to consider that a symptom is psychotic when they do not understand it, but this may say more about the clinician's own abilities, in particular the clinician's openness to the unknown.

An EP can also bring forward one single element of the traumatizing event while the other elements might be held by other EPs. Until integrative work has been achieved, in particular the synthesis of the traumatizing event with the different dissociative parts, it will be difficult to understand what this single element of that particular EP means. This too may be labeled by some clinicians as a psychotic symptom. For example, a client in one of her EPs would insist with panic that the office of the therapist was all dark and that she could not see anything. Later, synthesis allowed the client in her ANP to understand that a sexual abuse had occurred in full darkness when she was a young child. The darkness made her unable to see who the perpetrator was, which in her perspective was the most disturbing of the event.

Some EPs develop imaginary resources to deal with the traumatizing event. Imagination is indeed a special resource for children. For example, when she was four years-old, a client was hospitalized in a sterile room and could only see her mother behind a window for several days. An EP emerged who imagined herself flying like a bird through the window and sitting by her mother. This was a

wonderful imaginary resource. Later, as an adult, the intrusion of this EP believing that she could fly could be labeled as a psychotic symptom.

In summary, according to the TSDP, PD appears when an EP takes over the executive control for a long period of time, or when EP's intrusions are so severe that the ANP cannot deal with them (Witztum & Van der Hart, 2008). There is often a decrease of the ANP's energy level and a difficulty for both the client as ANP and the therapist to understand the intrusive symptoms, i.e. the expression of the EPs. When such patients have a low level of energy, combined with strong intrusions and/or repeated switches, this may also lead to a disorganized behavior that can be categorized as a psychotic symptom. In some cases, the PD should be considered as a phase in the development of a DID or another complex dissociative disorder (Tutkun, Yargic, & Şar, 1996). In other cases, PD is the expression of an underlying trauma-related structural dissociation that is momentarily decompensated in a patient that usually has only subtle dissociative symptoms.

3. Treatment of dissociative psychosis

3.1. General comment on the treatment of dissociative psychosis

Treatments of dissociative disorders and of psychotic disorders are different. There is very little literature on the treatment of PD. However, there are recommendations that the structural dissociation should be taken into consideration in the treatment and that hypnosis could be useful (Van der Hart et al., 1993; Van der Hart & Spiegel, 1993). Medication can also be useful in certain situations and necessary in others. Van der Hart and Spiegel (1993) even consider that the use of hypnosis could help with a differential diagnosis between PD and a non-dissociative psychotic episode. Furthermore, the main goal of the psychological treatment of PD is to understand the symptoms and the inner world of the client. As Van der Hart and colleagues (1993, p.10) state: "Hypnotic procedures may help therapists enter the patient's world, join and utilize the patient's idiosyncratic symbols and cultural symbology to transform this inner world." Thus they refer to the case of an ultra-orthodox Israeli Jew for which they present a brilliant treatment of a PD.

There is a general recommendation that the treatment of dissociative disorders, as well as other complex trauma-related disorders, should follow a phase model (ISSTD, 2011; Van der Hart et al., 2006). Phase 1 targets stabilization, security in real life, symptom reduction, learning of affect regulation skills. Phase 2 targets the integration of traumatic memories and EPs, while phase 3 aims at the re-integration of the whole personality and rehabilitation. Nevertheless, crisis intervention such as in the treatment of sudden PD may require that this recommendation be adjusted. The use of hypnotherapeutic techniques (for example: Kluft, 2012) may help enter the patient's world in order to be able to calm or adjust the related EP(s) as fast as possible, without going through a potentially long stabilization phase. We recommend the informed consent of and a formal agreement with the patient before using deep hypnotic trance.

3.2. Hypnosis and the treatment of dissociative psychosis

There are many techniques developed for the treatment of dissociative disorders and most of them stem from hypnosis or are true hypnotherapeutic techniques. They may also be useful for the treatment of PD. Treatment of such complex disorders should be individualized and can hardly be replicated. Nevertheless, there are certain basic techniques that are necessary for the treatment of such disorders. We present several techniques that have been useful in the treatment of the case we will later present.

3.2.1. Pacing and leading.

Working with severely traumatized patients has been described by Nijenhuis (2017) as a dance: a continuous attempt to go forward by sometimes going to the left, sometimes to the right and sometimes backwards. This is Nijenhuis' definition and metaphor of *pacing and leading* (Grinder & Bandler, 1976). In Eriksonian hypnotherapy a core concept is to be close to the client's experience and feelings (pacing) before suggesting any change (leading). It is believed that clients will better open up for change after they have felt a deep understanding from their therapists. For therapists working with patients with DID or other dissociative disorders, the technique of pacing and leading is more than a technique and should be a common working habit. The strong avoidance

tendencies of the ANP indeed require a great deal of pacing, more so than in the case of other pathologies that are not trauma-related. In such cases of complex trauma-related disorders, pacing implies for the therapist to be authentically attuned to the patient and to his or her past and present suffering. We believe that compassion on the side of the therapist can help him/her feel the need of the patient and make the patient feel truly understood by the therapist (Reddemann, 2016). Therefore, in the treatment of such pathologies, pacing should not merely be a technique but an attitude as well.

3.2.2. Testing the hypothesis of a structural dissociation.

When the hypothesis emerges that a structural dissociation may explain the symptomatology, the therapist should look for a possibility to explore this issue. The core idea is the following: does the patient consider the symptom to be his or hers or to be something coming from within, but which is not really his/hers? The therapist should ask questions to explore these possibilities, that is, to explore the sense of agency. In cases of PD, the ANP may be so severely intruded upon by one or more EPs that she/he may be thinking or acting like the EPs. It may take time and strategy (using pacing, for example) to get to the point where the ANP can say that the symptom is not her/his action but the action of an EP. Again, the avoidance tendencies of the ANP sometimes makes this goal difficult. A basic question is: "is this symptom (X) yours, or is it something that is there and comes from within you, but is not really yours?" The therapist should wait for statements from the patient that would create an opportunity for the therapist to ask such a question. The therapist should also be careful in the choice of words: it is preferable to choose the words that the client used. The metaphor of a dance with the patient is indeed particularly helpful here.

3.2.3. The use of symbols.

Individuals with a structural dissociation, as ANP, tend to avoid the EPs and their contents. Therefore, it can be useful to propose to the client in his/her ANP to symbolize the EP or its content, or related symptoms. For example, in the case of a symptom whose origins are most probably those of a structural dissociation, a therapist might propose that the client symbolizes the EP producing the

symptoms: “If this symptom (X) were a symbolic figure, what would it be?” In doing so, the therapist is able to get around the avoidance of the ANP for the EPs, and the symbolization creates a certain protective distance between the ANP and the EP. For some patients, it may be more acceptable to talk to a symbolic figure than to a part of themselves.

3.2.4. The use of imagery.

The use of imagery has been a standard since many years in the treatment of dissociative disorders (Kluft, 2012; Nijenhuis, 2017; Phillips & Fredericks, 1995; Van der Hart, Steele & Boon, 2017; Watkins & Watkins, 1997;). In the few cases of treatment of PD that are available in the literature (Van der Hart et al., 1993), imagery is also a standard technique. There may be as many ways to make use of imagery as there are combinations of dyads patient-therapist, that is, an infinity. The creativity of the patient and of the therapist makes every therapy unique, especially in regard to the use of imagery. Readers will find in the above references many useful imaginary exercises they can use in, or adapt to, specific cases. In the following clinical case, we mainly used imaginary exercises proposed by Reddemann (2011; also Piedfort-Marin & Reddemann, 2016), in particular the soothing of the “inner child” (i.e. an EP). This technique is structured in the following way: (1) compassionate acknowledgement of the trauma and the related suffering of the child, (2) bringing the ‘inner child’ into an imaginary safe place, and (3) the ANP or imaginary figures comfort the ‘inner child’. By doing so, the client in her ANP gets closer to the EP, but with little sharing of the trauma-related material at this point. More sharing of trauma-related material would be a good solution in the second phase of treatment with the aim of integration of traumatic memories and EPs, but it may not be recommended in phase 1 of the treatment or in a crisis intervention whose goal is to bring the patient back into a compensated state.

4. A case of postpartum dissociative psychosis

The use of the above-mentioned techniques and the theoretical concepts presented earlier in this paper will be best understood in a case study. I will now

present the case of Mrs. C. who developed a dissociative psychosis after a traumatizing delivery.

4.1. Case presentation: Mrs. C.

Mrs. C.¹ is a 35 years-old client with a university degree, from a wealthy family, who experienced sexual violence from an older cousin when she was a child, as well as several intrusive medical treatments early in life. She first consulted me for relational and sexual difficulties with her husband. Previously, she had consulted a colleague for the same reasons who treated her with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2001, 2017) targeting the sexual molestations. The therapy ended positively, but a year later she realized that her difficulties were not completely over, and she decided to go to therapy again but with another therapist. Since Mrs. C. had a positive experience with EMDR, she wanted to carry on with this method, and I had no objection to this.

4.2. The main therapy of Mrs. C.

EMDR therapy (Shapiro, 2001, 2017) is based on the adaptive information processing (AIP) model. The hypothesis is that in a traumatizing or stressful condition, the memory of the related event will be dysfunctionally stored in memory networks and this will lead to related symptoms. Under the activation of the natural curing mechanism of the AIP, following a specific protocol and using bilateral stimulation (BLS) like moving the eyes from left to right, the memory of the disturbing event will be reprocessed, leading to its functional storage in adaptive memory networks and the decrease or disappearance of related symptoms.

¹ The client has given permission to the author to have her case depicted here. Initial and autobiographical information have been modified to preserve secrecy. This case has been briefly presented in a French article: Piedfort-Marin, O. (2019, in press). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Annales médico-psychologiques*. Doi : 10.1016/j.amp.2018.04.013

Mrs. C.'s psychotherapy with me encompassed 50 sessions over a year and a half. The treatment consisted mainly in EMDR sessions, targeting the sexual molestations, then difficulties in the relationship with her mother, and several early intrusive medical treatments. All of these events could be reprocessed successfully. It appeared that the reprocessing had not been completed with the previous therapist, nor all events targeted, constituting the probable reasons for the partial relapse a year later.

During the reprocessing and the use of BLS, the client expressed strong emotions. It was difficult to assess whether she was an emotional individual who expresses her emotions very strongly but still regulates them (personality traits of the ANP), if the ANP was strongly intruded upon by an EP with some level of autonomy, or if a full switch had occurred from the ANP to an EP. Exploration of the situation made it clear that the client was not switching. I remained doubtful during many EMDR sessions, wondering whether I was witnessing the intrusion of an EP that could be too strong for the EMDR treatment as such to be truly successful, or not. Several authors (Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010; Van der Hart, Groenedijk, Gonzales, Mosquera, & Solomon, 2013, 2014) insist on the adaptation of the EMDR treatment in case of severe structural dissociation of the personality, which happened not to be necessary in this case. The fact that the client was able to bear the strong emotions she was experiencing during reprocessing and that the symptoms were decreasing at a regular pace at the same time was decisive. At the end of each EMDR session, she could easily stabilize her emotional state which had been high during the EMDR processing. After targeting the sexual abuses by the cousin, the sexual difficulties with her husband disappeared rather quickly. The patient then decided to focus on other situations, amazed by the potential of EMDR therapy. Reprocessing situations of early disturbances in the relationship with her mother and early medical interventions had a positive effect on the relationship between the client and her husband as well as with her mother. After 50 sessions, the client felt transformed and the changes seemed well-established, as a three-month follow up between the last two sessions showed. At the end of the therapy the couple had decided to have a child and Mrs. C. became pregnant soon after.

4.3. An emergency telephone call

A year later, Mrs. C. and her husband phoned me to ask for advice. One month before this phone call she had given birth to twin girls in dramatic medical conditions. A car accident prematurely activated the birth process during which the life of the mother and the children had been severely endangered. This was indeed a traumatic experience for Mrs. C. The husband, who witnessed it all, described his symptoms over the phone and there was no doubt he had developed an acute stress disorder that could possibly develop into a post-traumatic stress disorder (PTSD). On the phone Mrs. C. was very disturbed and described severe enduring symptoms of depersonalization that she herself named dissociative. She mentioned other phenomena that frightened her but refused to talk about them on the phone. She was thinking of a hospitalization for the “dissociative symptoms”, had contacted several psychiatric clinics to see if they proposed a special treatment for her condition, but had no positive answer to this moment. She asked for my advice on this matter. Feeling that the patient needed some containment and reassurance, making the hypothesis that her husband could not be as supportive as he usually was due to his own symptomatology, and having a little time at disposal, I attempted the following intervention:

THERAPIST: *“Do you know who the most trained specialist in dissociation in town is?”*

PATIENT: *No, I don’t.*

THERAPIST: *You are talking to him right now.”*

There was a moment of silence, then the client burst out laughing. I could feel that she was somehow relieved. Of course, I would not recommend this sort of narcissistic-seeming intervention at any moment with just any client. This intervention was effective for the following reasons:

1. The client knew the therapist and trusted him. She also knew that he could acknowledge his mistakes and apologize for that.
2. The patient needed containment and reassurance to better face the chaotic condition she was in.
3. She needed to know that she was in good hands, as a counterweight to the negative answers from the psychiatric clinics.
4. The fact that the intervention was made in the form of a question and with

humor attracted the attention of the client and likely made a greater impact than a simple statement such as, "don't worry, dissociation is my specialty."

The telephone call continued:

THERAPIST: *I believe it is better if we see each other so that I can assess your situation properly before deciding if a hospitalization is necessary. What do you think?*

PATIENT: *I agree. But I have difficulties to trust people these days.*

THERAPIST: *I understand. Then, remember the work we did together and also the less easy moments and the moments when I made mistakes.*

PATIENT: *Yes, I can do that.*

In this last intervention, I acknowledged the client's difficulties with trusting others. I did not reassure her directly but reminded her of the good *and bad* moments in our previous work. In so doing, I instilled the idea that we had already surmounted difficult moments when she had difficulties trusting me and when I committed errors. Indeed, in the past, there was a specific moment when the client felt mistrust on my behalf. She could bring up the problem, which we discussed. I acknowledged the difficulty and took responsibility for my own counter-transference issue. This led to more trust towards me and a better collaborative relationship between us. Therefore, during the telephone call, my unspoken message was: 'You may be right to mistrust people and something positive may come out of it, just like it has in the past'. A session was organized for the next day.

4.4. First session: assessment and motivational interview.

The client was relieved to see me on such short notice and she stated right away that the telephone call was very helpful for her and also for her husband. The fact that I said I was the specialist on dissociation in town was a relief for them, she said. She agreed to talk about her symptoms. Mrs. C. stated that she had been "depersonalized" constantly for two weeks. Right after the birth of her twin children, happiness prevailed, and she would not think so much about the terrible

moment of the delivery. But two weeks later she started to feel depersonalized and this increased rapidly. Because of this, she could not be as close to her children as she wanted to, and this feeling of depersonalization made her highly stressed and exhausted. Sleeping difficulties were added to this. When asked about the other symptoms she would not talk about over the phone, the patient described two types of problems. (1) She said that she understood “the links between things”. For example, if she easily found a parking space for her car, she felt that this meant something special, that this was a message sent to her. She also described having “mystical ideas on the meaning life” but failed to elaborate. (2) There were periods of time when she believed that her children and her husband were plotting against her. She also felt that she could not be sure whether she could trust her friends anymore, and she did not know whether they had good or bad intentions towards her. She said that there were moments when she believed that her husband was “making things up with my friends, so that people think I’m crazy.” Furthermore, she added: “A part of me says ‘Don’t tell him [the therapist] that!’, and this part doesn’t believe in the plot”.

In summary, referential delusions and persecutory delusions are the main symptoms, associated with significant disturbance. There are also auditory hallucinations in the form of voices. These symptoms are typical of a psychotic disorder. The client is also agitated and has a great lack of sleep. This may be diagnosed in the DSM-5 (APA, 2013) as a Brief psychotic disorder with marked stressor and postpartum onset (code: 298.8). Considering Mrs. C’s trauma history, as well as my former doubts during the EMDR therapy regarding the extent and the severity of a structural dissociation of her personality, one may consider a possible structural dissociation as etiology to her present symptomatology. If this is the case, we should view the symptoms as the expression of one or more EPs. At this stage it is crucial to make a differential diagnosis: brief psychotic disorder with marked stressor *versus* dissociative psychosis. The choice of treatment could indeed be very different.

Mrs. C. then said something meaningful in regard to a differential diagnosis and I used the opportunity to explore more deeply the hypothesis of a DP. Here is what she said:

PATIENT: *There is something happening in me and I don't control it.*

I understand here that the ANP is possibly talking about one or more EPs

THERAPIST: *So, there is something in you that comes out, with these ideas of plot and these mystical ideas. And there is you who does not really or not completely agree with these ideas? And the way it comes out changes according to your energy level?*

I summarize what the client has been telling me until now in the session, in regard to her last sentence.

PATIENT: *Yes, this is correct.*

THERAPIST: *And your energy level is very variable these days.*

PATIENT: *Yes indeed. I sleep badly and I have to feed my children.*

After this set of two "yes", I try to make a proposition.

THERAPIST: *So you, the adult – if I may speak like this – you don't really have the same opinion as these ideas?*

PATIENT: (mimic of hesitation)

The client's hesitation obliges me to change my proposition to ensure we stay attuned.

THERAPIST: *Can we say that there is a struggle in you, then?*

PATIENT: *Yes, that is more like it.*

THERAPIST: *And sometimes you agree with these ideas and sometimes not?*

PATIENT: *Yes. Something like this.*

The pacing seems difficult, the patient is not quite following me on this point, so I try a very direct and straightforward intervention that will force the client to take a clear position. I allow myself to make this intervention because, at this moment, according to what Mrs. C. has been telling me during the first part of the session, I believe to know what the answer will be, and I have little time at my

disposal to make a differential diagnosis and to take the relevant decisions (type of treatment, hospitalization, reference to a psychiatrist).

THERAPIST: *Right now, as you are in front of me, do you think that your husband and your two babies are actually plotting against you?*

PATIENT: *No! But the idea is there, even if it is not as strong now as in other moments.*

I now have a clear position from Mrs. C., but the last part of the patient's answer needs pacing.

THERAPIST: *But this idea emerges sometimes and then you don't really know what to think?*

In my sentence I clearly propose a model of a structural dissociation: "this idea emerges" = EP; "you don't really know" = ANP, "what you should think" = intrusion from the EP in the ANP weakens the ANP.

PATIENT: *Yes, it is more like this. And sometimes I have the feeling this could take over.*

I am attuned again with the client. Pacing is working well. We both agree on the analysis and on a model of a structural dissociation. At this moment I feel an urge to address the emotional effect of these symptoms (compassion).

THERAPIST: *This must be very disturbing and demanding a lot of energy.*

PATIENT: (cries) *Yes!*

THERAPIST: (nodding with compassion)

We have a consensus and the client's avoidance tendencies seem lower now. It is time to propose a change (leading).

THERAPIST: *I believe we can try an intervention without having you hospitalized. What do you think?*

PATIENT: *I like that.* (consensus gain)

THERAPIST: *Do you think you can trust me enough?*

The persecutory delusions could be a problem for the therapy.

PATIENT: *I think so. I know you.*

THERAPIST: *I would need to bring you into a light hypnotic trance to make the treatment easier. Do you think this is possible? (I am looking for informed consent).*

PATIENT: *I can try.*

Here we again have a consensus. The client is willing to try, which is all it takes to begin.

In this dialogue we see that the pacing is not always easy. This is probably due to the fact that I am too impatient, willing to assess the client as quickly as possible, since we must decide whether a hospitalization is needed and if medication is necessary. I try to get as close as possible to the client's subjective experience. She is very disturbed by her symptoms and tries to describe them as truthfully as possible. I do not find her defensive as some clients may be when one tries to assess a possible structural dissociation, but slight avoidance tendencies, typical of an ANP, are noticeable.

At the end of this session, my differential diagnosis goes in favor of a dissociative psychosis, based on the following findings:

- Referential delusions,
- Persecutory delusions,
- Auditory hallucinations in the form of voices commenting her actions,
- Severe depersonalization,
- These symptoms are associated with anxiety and significant disturbance,
- Mrs. C. has no history of psychotic episode but is known for a history of early traumas and sexual molestations during childhood.

My hypothesis is that Mrs. C.'s symptoms are the expression of one or more EPs. In her ANP she is too weak to be able to fight or avoid the severe EP's intrusions. The accident, the dramatic delivery, and the life threat to herself and to her children, the short nights and the depersonalization have exhausted her. One or more EPs intrude upon her with phenomena that are categorized as

referential and persecutory delusions, as well as auditory hallucinations (voices commenting her actions). Even though I know Mrs. C. very well, at this moment I have no idea what types of EPs these may be, what they wish to communicate, nor by which action systems they are mediated. I believe I know all the traumatizing events she went through in her life and I hope that I will not be surprised by the emergence of other traumatizing events. I propose that she consults a psychiatrist I know well, so that he can prescribe medication if needed.

4.5. Second session: exploration of the symptoms.

The client has written some notes to remind herself that she can trust me. On this piece of paper she also wrote down the episode where I apologized for a mistake I had made. We start with a simple relaxation exercise using an imaginary safe place associated with a state of relaxation. Mrs. C. is nervous but can picture herself in a forest in the mountains. She relaxes sufficiently and I induce a more sustained relaxation: "during the time of our work today, you will continue to feel the contact with the forest in the mountains and its relaxing effect." We can now start to work on the symptoms.

THERAPIST: *Can you get in contact with this force that emerges with the idea of a plot against you? Maybe it has a symbolic form?*

PATIENT: *Yes, I feel it, I see it. It is a big black shadow. It comes upon me!*
(The client is panicking).

THERAPIST: *Tell her to stop!*

PATIENT: *Yes, she's stopped.* (The client looks surprised).

This is an important moment in this session because the big black shadow, in my understanding a symbol of an EP, has obeyed the client's demand. Many clients in their ANP are afraid of EPs because they come out with disturbing symptoms and are linked to traumatizing events which the ANP has learned to avoid in order to better function in daily life. But few clients in their ANP consider that at least some of these EPs may want to cooperate with the ANP and/or help

her. So here is the time for an important intervention that should weaken the avoidance tendencies of the ANP.

THERAPIST: *Ah! This is interesting!* (transforming the patient's surprise into exploration) *So, she listened to you.*

PATIENT: (nods)

THERAPIST: *She did what you asked her to do.*

PATIENT: (nods, surprised)

These two interventions give more mastery to the ANP. The ANP agrees twice and is surprised, so she should be more receptive for a proposition of a change (leading) in the form of an invitation, out of respect for the ANP's fear and avoidance tendencies.

THERAPIST: *I invite you to ask her what she wants.*

PATIENT: *She says that she must protect me.*

The ANP and this EP have started a dialogue together, which is a very good sign of cooperation. This EP is a protector type.

THERAPIST: *She must protect you. This is interesting.* (again, supporting exploration) *So she is on your side, is this correct?*

PATIENT: *Yes. This is strange but it looks like it.*

THERAPIST: *Can she say what she wants to protect you from?*

I lead into some content related to the EP.

PATIENT: *She doesn't trust my husband because he knows many things that I don't know.*

THERAPIST: *She says that your husband knows many things that you don't know.*

I simply repeat word for word what the patient has said. This is pacing in its purest form and is very helpful when the therapist and/or the client don't understand what the EP is trying to achieve or when they cannot link it to any other material.

PATIENT: *Yes. In fact, when my cousin molested me, I could finally stop this when I knew something he didn't know. At school we had just learned that AIDS can be transmitted during sexual intercourse. So, I told him we could catch AIDS and after that he stopped right way. I didn't really know what AIDS was at the time, but I had the impression I knew something he didn't know and therefore I could take the power over him and the abuses stopped.*

The client was able to discover by herself the link between the EP's actions and a very specific moment of her trauma history. When she was a child, she learned that knowing more than others was protective. This EP probably still believed this.

THERAPIST: *So, this makes sense to you, the adult, now?*

PATIENT: *Yes, completely. I had forgotten this part of the abuse.*

THERAPIST: *So, this part of you has learned that knowing more than the others is a protection against dangers?*

PATIENT: *Yes, that's it.*

THERAPIST: *And she continues to protect you.*

PATIENT: *Yes. (Good attunement with two affirmative replies)*

THERAPIST: *What do you think about thanking her for having stayed there all these years, somewhere within you, to protect you?*

Instead of doing more detailed trauma integration, I propose an intervention that aims at improving the dynamic between the ANP and this EP, which is typical of phase 1 work. I base this intervention on Reddemann's work (2011, also: Piedfort-Marin & Reddemann, 2016, p. 162). The aim is to acknowledge the positive goal of an EP, to make the ANP better known to the EP, then to negotiate in a way that the EP accepts to engage in new actions that are less disturbing for the ANP and better adjusted in the ANP's life. This technique helps both the ANP and the EP to get closer to each other, which goes in the direction of integration.

PATIENT: *Yes, I can do that.*

THERAPIST: *Tell her that you thank her for being there and for being willing to protect you.*

PATIENT: (concentrates)

THERAPIST: *And that what she did was very useful back then.*

PATIENT: (nods, tears flow)

THERAPIST: *And now I suggest you ask her how old you are.*

PATIENT: (surprised) ... *She tells me that I am 12 years-old.*

THERAPIST: *Tell her you are 35 years-old.*

PATIENT: *She is surprised. She becomes smaller now.*

THERAPIST: *Tell her that you have a driving license, a job, children, a house.*

PATIENT: ... *She is really surprised.*

THERAPIST: *Now I suggest that you stay in closer contact with her. Because now you are an adult woman and you can defend yourself just the way you are. So, this force can hold back and intervene only if you – the adult – needs it. Discuss this inside and look at what is possible.*

PATIENT: *She sees as well that I am a tall and strong woman now. I do martial arts actually (laughs). ... She accepts to withdraw. I feel lighter now.*

Thus, it appears that this EP was responsible for the persecutory delusions. The intrusions of this EP seem solved. However, I wonder if the referential delusions stem from this EP or from another one. As a reminder, the client has beliefs that certain environmental cues are directed at herself: for example, when she easily finds a parking space for her car, she feels that this means that a message is sent to her personally; she believes that she understands “the links between things”; she also mentioned having “mystical ideas on the meaning life” but fails to elaborate.

THERAPIST: *And these mystic ideas, do they have to do with this force?*

PATIENT: *No. It is something that reassures me, gives me strength and contains me. It has always been there but was never disturbing as it is now.*

We are indeed in the presence of a second EP. I decide to explore this now as the session is flowing well and we still have enough time.

THERAPIST: *Why has this force become stronger recently? Do you know it?*

I explore a possible trigger that recently may have activated this EP.

PATIENT: *Yes. Because I almost died. And if life had no meaning, it would be dramatic to die. All spiritual things have become more intense around the birth of my children.*

THERAPIST: *And do you know how long this has been here?*

I investigate the conditions of this EP's appearance.

PATIENT: *It appeared when I was about 18 years-old, when I was in contact with people who were very spiritual, in the church I was in back then. It was a very difficult time for me and these people and their spiritual beliefs reassured me.*

THERAPIST: *I understand that the 18 years-old girl was very disturbed by different things and that she had had a difficult adolescence, and that her family did not understand and maybe did not see what was going on with her. So, she looked for help outside of her family and she found help at church.*

The aim of this longer intervention is to acknowledge this second EP so the EP can hold back and decrease its actions. I do not go into detail ("different things"), to avoid triggering too many memories of difficult moments. The client is not in a situation when she can integrate traumatizing events. Here again the aim is to calm the activated EP. To do so the best way is to acknowledge the EP and its will (Nijenhuis, 2017). Compassion is needed for a better contact with the EP (Reddemann, 2011, Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). During this intervention I observe the client's facial expressions carefully. Her nodding gives me the signal to continue my intervention. Had she stopped nodding, I would have changed and adjusted my intervention.

PATIENT: *Yes (tears flow). What you say has an impact on her.*

I didn't ask but understood that it was a positive impact. Because the session was leading to its end, I did not ask for details. With more time at disposal, asking what kind of impact it has on the EP would have been a solution. It would probably have reinforced the positive impact and made the client in her ANP feel better. Due to lack of time, I propose the following intervention that should be useful for the client when she returns home until the following session. It is important to give clients tools that they can use when they are at home. This strengthens their autonomy and responsibility.

THERAPIST: *I propose that you bring this 18-years-old girl to an imaginary safe place where she can feel reassured and contained.*

Bringing an EP into a safe place is a classic intervention (Steele, Boon, & Van der Hart, 2017, p. 174). I use the intervention as mentioned earlier in this paper: (1) compassionate acknowledgement of the trauma and the related suffering, (2) bringing the EP to a safe place, and (3) comforting the EP. I use the exact words the client used earlier when she expressed the need of the 18-years-old girl: the need to be *reassured* and *contained*; it is indeed important to be as close as possible to the need of the client as EP.

PATIENT: *Yes. And there is a school nurse with her.*

In my own representations, a school nurse may not be the most comforting figure, so I ask specifically. The client's mother lacked comforting abilities. I want to make sure that the 'inner child' (EP) is given what she needs, which is to be comforted. That is, I want to be sure that the client in her ANP can imagine the EP being comforted.

THERAPIST: *Does the school nurse comfort her?*

PATIENT: *Yes, like a mother. ... Now she doesn't need to find meanings in the things of life. She is well just at it is.*

Interestingly a change occurred automatically for the EP. This protocol of "soothing the inner child" allowed the EP to change her actions. She does not

need to engage in the mental actions of mystic ideas anymore. They were the way that the 18 years-old girl discovered to deal with the severe difficulties of her adolescence. The client is asked to re-orientate herself in the room. She feels well and we are able to close the session after she has been advised to think of this safe place regularly.

4.6. Third session: deepening of the work with the protective EP

Four days later the client felt much better. She met with the psychiatrist I had recommended and, seeing the rapid improvement, he prescribed only a light dose of lorazepam to improve sleep. In the end, the client took it only a few times. The symptoms had decreased even if they were still present and had increased for a limited time under specific stressful conditions. The persecutory delusions (plot from the husband and the twin babies) were present only the day before this third session and the client said she could deal with them well by communicating with the EP. The referential delusions (“mystic ideas”) were still present but much less intense. The client found these ideas funny. The client wanted to continue the work and concentrate on the EP involved in the persecutory delusions.

When asked to make contact with the EP that I called “the protective force which perceives plots”, the patient mentioned seeing it smaller than in the previous session. The form was sprawling, black and sticky. We explored the actions of this EP. The client was confident and she did not need my leading as she had during the previous session. The work had a good flow, the client doing most of the work on her own.

The client in her ANP discovered that the EP did not wish to give up on one thing. The husband did not want the client to breastfeed their children, which strengthened in the EP the belief that the husband wanted to take a dangerous leading role over the client in the care of the children. It appeared that it was a misunderstanding: the husband was in fact in favor of breastfeeding but worried because his wife was very tired by the depersonalization and the related anxiety, the lack of sleep, as well as by her taking lorazepam (even though in small doses). The client in her ANP explained this internally to the EP, which expressed relief.

Yet another issue emerged: “the force thinks that my husband is more competent than me.” At this point I made a more directive intervention:

THERAPIST: *Yes, this force is protective. It is afraid that someone could hurt you, and indeed this has happened in the past. She was quiet for many years because you were strong. But since the birth of your children you are weak. The delivery was traumatizing and it destabilized you, weakened you. You have less strength now. So, this force came out to protect you again. Maybe you could now tell her that, even though you are weak at the moment, you are still a tall, 35 years-old woman who practices martial arts. That this weakness is temporary and that it will go away, also if the force holds back.*

This intervention aimed again at acknowledging the role of the EP (protecting the ANP and the whole system), acknowledging the difficult situation and the good reason why the EP came forward. It also gave the EP some responsibility and extra motivation to withdraw, after an emphasis on presentification. The intrusions of the EP in the ANP indeed weakened the ANP. This could be a vicious circle and the last sentence of the intervention addresses this point.

4.7. Epilogue

A week later, the client started the fourth session with a happy "I feel much much better!" When we explored the symptoms of the previous week together, we noticed that there were no symptoms with psychotic features. She was sleeping well and as much as possible for a mother who was breastfeeding her children. She was able to take care of the children without any difficulties and to share their care with her husband without any inner struggle. The client decided to talk to her mother about her own birth which was traumatizing as well. She said they had a lovely discussion together and were able to share something very special in their role as mothers. Mrs. C. finally stated that she now had more self-confidence.

At the fifth session, a week later, the client stated that she felt very well. For the second consecutive week she had no symptom with psychotic features nor any depersonalization. Her energy was back to normal, she was joyful and slept well without medication. The couple made some changes in their financial

arrangement and in their share of daily duties, so that they both now had a feeling of better equality and mastery. The patient understood that she needed to do more work on specific traumatizing situations we had overseen previously in the main therapy. We thought that it would be good to wait a few months, so that she could enjoy the care of her children for the time being.

Now that the client was stable again and her DP cured, the husband could undergo psychotherapy for his PTSD following the dramatic delivery he had witnessed. He was indeed scared he could lose his wife and/or his children. He had this therapy with me. Five sessions of EMDR therapy were very effective and all PTSD symptoms disappeared.

Subsequently, Mrs. C. came back to therapy to treat the remaining traumas that had been overlooked previously in the main therapy and that the traumatizing birth of her children had reactivated. We chose a soft approach so that she would not be destabilized after the sessions and could continue taking care appropriately of her twins, which is very demanding. In this situation, EMDR therapy was therefore not a good option in my view. Knowing that this client reacts to EMDR therapy with intense emotions, there was too great a risk of destabilizing her, a risk that none of us wanted to take at this stage.

I proposed the technique that had been efficient in dealing with the DP: soothing the "inner child". This technique relates to trauma integration to some extent but does not directly address the deepest pain of the trauma. Furthermore, the client keeps a degree of control in comparison to EMDR. The therapist can also better adjust the pace of the work. Therefore, it can be considered as half-way between stabilization and trauma integration. The client accepted my proposition and we worked ten sessions until she felt very well and terminated the treatment.

Two years after the end of this treatment and two-and-a-half years after the DP onset, Mrs. C. had no symptoms with psychotic features nor depersonalization. She is happy in her life and her children seem to be well. She states that the relationship with her husband is happy as well.

5. Discussion

There are only very few examples of treatment of DP in the literature and even less of postpartum DP (Moleman, Van der Hart, & Van der Kolk, 1992; Şar et al., 2017). This case reports a treatment of a postpartum DP. Dissociative pathology may indeed arise following traumatic labor, possibly in women with risk factors (Vismara, 2017). This brief treatment is based on the TSDP (Van der Hart & al., 2006) and uses hypnotherapeutic techniques, in particular hypno-imaginative techniques. One can think of other treatment approaches to such a clinical case but we doubt that they would have been as efficient, fast and cost-effective. For example, we could have addressed the traumatic birth of the patient and how it may have been related to the symptomatology which emerged after her own dramatic delivery. However, exploring the symptoms without any *a priori* – which is our recommendation (see: Nijenhuis, 2017) – led to other issues and a fast resolution of the delusions and the depersonalization. It was possible to treat the client without heavy medication nor a hospitalization that may have profoundly damaged the mother-children relationship.

Nevertheless, we must keep in mind that the following factors positively influenced the course of this treatment:

- The therapist knew the client well.
- Based on previous observations and hypothesis, the therapist considered very early on that the patient might have a structural dissociation of a more serious nature than had been considered in the previous treatment.
- The patient and the therapist already had a good, trustful relationship and could therefore target the problem right away, with no time spent on first building a solid therapeutic relationship.
- Before seeking treatment, the patient had phases when she could maintain some critical judgment regarding her delusions, probably because of her high education and previous therapeutic work.
- The patient sought treatment very early after the DP's onset. Waiting a few weeks longer would have most probably increased the severity of the DP.
- This case of DP is of medium severity. In other cases, for example when an EP takes a full executive control over the ANP, things can be more

complex and may need a longer therapy, possibly a hospitalization, medication, and/or other specific therapeutic techniques.

We should also keep in mind that the treatment (the crisis treatment and the 10-sessions treatment that took place a little later) aimed at stabilizing the inner system (the ANP and the EPs) rather than at fully integrating the EPs and their related traumatic memories. In this family context, with a mother having to take care of two infants and the husband himself traumatized, I consider that it was the most appropriate choice. But this choice was not planned. We explored the symptoms during the second session of the crisis intervention and this exploration led to the client integrating *some* elements of the sexual assaults and of later disturbing moments at adolescence, elements which she had previously not (fully) integrated. The ANP and the two EPs could thereafter engage in a closer and more constructive dynamic, which led to the drastic decrease of the symptoms soon followed by their disappearance, also at a follow-up period of two-and-a-half years.

We did not assess the hypnotizability of the patient, nor did we actually use a deep trance. A light trance was enough to get access to the dissociative structure, i.e. the EPs related to the symptoms. Standard hypnotherapeutic techniques that are not based on the TSDP can have a calming effect on patients with DP but their impact on the dissociative structure may be limited (Van der Hart & al., 1993). DP should be considered as a dissociative disorder; therefore, the treatment should indeed address the structural dissociation of the personality for a better outcome.

6. Conclusions

In this paper we presented a case of postpartum DP treated with a psychological therapy. This demonstrates that the psychological treatment of this disorder is possible, at least in some cases. Another aim was to acknowledge the utility of the TSDP in the conceptualization of DP and the use of hypnotherapeutic techniques adapted to the TSDP.

According to several authors, DP disappears spontaneously after a period of a few weeks (Follin, Chazaud, & Pilon, 1961; Hollender & Hirsch, 1964). It is

unclear whether the conclusions of these authors are based on a truly spontaneous cure or due to effects of safety measures such as hospitalization, rest, or medication. According to the TSDP a “spontaneous cure” of a DP should be understood as a switch among dissociative parts with the ANP taking back the full executive control over the EP (which had been in the forefront for a certain period of time, either with a full executive control or by severe repetitive intrusions). Therefore, a spontaneous cure of a PD without appropriate psychological treatment should be considered with caution. Long term follow-up assessments are necessary to make sure that the person does not suffer from a more complex dissociative disorder (Tutkun et al., 1996) and/or that possible relapses can be ruled out. Other authors disagree with the short duration of DP and claim that DP can also have a long duration if no appropriate treatment is proposed (Van der Hart & al., 1993). Therefore, the duration of the disorder does not seem to be a criterion (Şar & Öztürk, 2008) and its inclusion in brief psychotic disorder is thus inadequate.

There may be an agreement among clinicians that the etiologies of brief psychotic disorders and sudden onset of psychosis are poorly understood (Şar and Öztürk, 2008; Susser, Fennig, Jandorf, Amador, & Bromet, 1995). By contrast, DP can be defined by a dissociative etiology and as a trauma-related disorder, as proposed by Van der Hart and colleagues (1993) who base their definition on Janet’s work (see also Witzum & Van der Hart, 2008). This etiology allows for a specific treatment approach and this case study confirms the utility of hypnosis.

The DSM-5 categorization does not mention PD, but in the chapter on dissociative disorders, it is mentioned that “some individuals [with DID] experience transient psychotic phenomena or episodes” (APA, 2013, p. 294) and that certain symptoms of DID may benefit from a differential diagnosis with a brief psychotic disorder (APA, 2013, p. 297). However, it does not recognize that dissociative symptoms can appear as a transient psychotic episode. To date it is still uncertain if the 11th revision of the ICD will include DP in the categorization system of the World Health Organization. Even if this disorder has attracted little attention in recent decades, clinicians should be informed about DP as a defined disorder with specific – and positive – treatment possibilities.

In the hopes of a full recognition of this specific disorder, different names have been proposed: Reactive dissociative psychosis (Van der Hart & al., 1993; Tutkun et al., 1996), Dissociative psychosis (Şar & Öztürk, 2009; Witzum & Van der

Hart, 2008), or Acute dissociative disorder with psychotic features (Şar & Öztürk, 2009). Should a DP be a more chronic condition, it should probably be considered as part of a broader dissociative disorder such as DID or Other specified dissociative disorder (as in the DSM-5). All of these authors agree that this disorder should be in the section on dissociative disorder (in the DSM or in the ICD). This would not only clarify the dissociative nature of this disorder and its post-traumatic etiology, but also its psychotic presentation. On the other hand, since few clinicians are trained in dissociative disorders, such a solution may not prevent possible misdiagnoses.

Finally, further research is needed on the diagnosis and the treatment of dissociative psychosis. The literature on this matter is scarce. We hope that more articles will be published in the near future on the etiology of dissociative psychosis, as well as more case studies on its treatment.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC : Author.
- Auxéméry, Y. (2015). Névrose et psychose : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? [Neurosis and psychosis : which definition for contemporary psychiatry ?]. *Annales Médico-Psychologiques*, 643-648.
- Bleuler E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Madison, CT: International Universities Press (first published in German in 1911).
- Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., et al. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 197, 892–898.
- Follin, S., Chazaud, J., & Pilon, L. (1961). Cas cliniques de psychoses hystériques [Clinical cases of hysterical psychosis]. *L'Évolution Psychiatrique*, 26, 257-286.
- Freud, S., & Breuer, J. (2004). *Studies in hysteria*. London: Penguin Books. (first published in German in 1895).

- Grinder, J. & Bander, R. (1976). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H Erikson, Volume 1*, CA: Captita.
- Hollender, M.H., & Hirsch, S.J. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1066-1074.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115- 187.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* [Psychological automatism : An experimental psychological essay on the inferior forms of human action]. Paris : Félix Alcan ; Paris, Société Pierre Janet/Payor, 1973.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes* [Neurosis and fixed ideas] Vol. 1. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453. Also in P. Janet (1911), *L'état mental des hystériques* (2nd enlarged ed.) (pp. 506–544). Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan. (English edition:
- Psychological healing (2 vols.). New York: Macmillan, 1925. Reprint: Arno Press, New York).
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps* [The evolution of memory and of the notion of time]. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation [Realization and interpretation]. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.
- Kluft, R.P. (1897). First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.

- Kluft, R.P. (2012). Hypnosis in the treatment of Dissociative identity disorder and allied states: an overview and case study. *South African Journal of Psychology*, 42-2, 146-155.
- Maleval, J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. [Hysterical Madness and dissociative psychosis]. Paris : Payot.
- Moleman, N., Van der Hart, O., & Van der Kolk, B.A. (1992). The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180-4, 271-272.
- Moskowitz, A., Mosquera, D., & Longden, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: historical, empirical and clinical perspectives. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 37-46.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2015). Boundaries on the concepts of dissociation and dissociative parts of the personality: required and viable. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34, 1, 55-85.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control. Volume III, Enactive Trauma Therapy*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995). *Healing the divided Self*. New York: Norton.
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. [Psychotherapy of complex trauma : An integrative approach based on ego-state theory and hypno-imaginative techniques]. Bruxelles: Satas.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie - PITT, das Manual* [Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy – PITT, the manual]. Stuttgart: Klett-cota, 11th edition.

- Reddemann, L. (2016). *Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien* [Compassion, trauma and mindfulness in psychodynamic therapies]. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quack, J., Korf, J., Paans, A.M.J., Haaksma, J.,...Den Boer, J. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, *60*, 730-740.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrénia. *Comprehensive Psychiatry*, *31*, 111-8.
- Ross, C. A. (2008). Dissociative schizophrénia. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Eds), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 281-294). Chicester, UK: Wiley.
- Şar, V., & Öztürk, E. (2009). Psychotic presentations of Dissociative Identity Disorder. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 535-545). New York: Routledge.
- Şar, V., Aydin, N., Van der Hart, O., Frankel, A.S., Şar, M., & Omay, O. (2017). Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: diagnostic and forensic aspects. *Journal of Trauma and Dissociation*, *18*, 5, 710-719.
- Schlumpf, Y.R., Nijenhuis, E.R.S., Chalavi, S., Weder, E.V., Zimmermann, E., Luechinger, R., & Jäncke, L. (2013). Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, *3*, 54-64.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Second edition*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Third edition*. New York: Guilford.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation. A practical, integrative approach*. New York: Norton.

- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Susser, E., Fennig, S., Jandorf, L., Amador, X., & Bromet, E. (1995). Epidemiology, diagnosis, and course of brief psychoses. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1743-1748.
- Tutkun, H., Yargic, L.I., & Şar, V. (1996). Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*, *IX(4)*, 244-252.
- Van der Hart, O., & Spiegel, D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *41*, 3, 191-209.
- Van der Hart, O., Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis, *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 1, 43-64.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: WW Norton & Co.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, *4(2)*, 76-92.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, *7*, 81-94.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8(1)*, 33-48.
- Van der Hart, O., Steele, K., & Nijenhuis, E.R.S. (2017). The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma and Dissociation*, *1*, 25-35.

- Vismara, L. (2017). Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences. *European Journal of Trauma and Dissociation, 1*, 111-120.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. (1997). *Ego states: theory and therapy*. New York, NY: Norton.
- Witztum, E., & Van der Hart, O. (2008). Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 21-33). Chicester, UK: Wiley.
- World Health Organization (WHO) (1992). *ICD-10: Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 10th revision*. Geneva : Author.

ARTICLE EN SOUMISSION

Olivier Piedfort-Marin

Traitement des souvenirs traumatiques :
accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration.

Résumé

Objectif : La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, issue des travaux de Janet, propose un modèle de compréhension détaillé des processus dissociatifs d'origine traumatique et des processus intégratifs nécessaires à la guérison des séquelles de traumatismes. Selon cette théorie, sous l'effet d'une expérience traumatisante, la personnalité se divise en plusieurs sous-systèmes : la partie apparemment normale de la personnalité maintient un fonctionnement dans le quotidien alors que la partie émotionnelle reste fixée sur le trauma ou certains éléments du trauma. Guérir le trauma implique la fusion des parties dissociatives à travers un processus d'intégration qui permet la création d'une mémoire narrative autobiographique et la résolution des symptômes associés. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité décrit l'intégration comme comprenant deux actions : la synthèse, réalisée lorsque l'individu peut relier et différencier les différents éléments (émotions, pensées, images, réactions sensorimotrices, comportements) d'une expérience dans une chronologie ; puis la réalisation qui implique la personnification et la présentification.

Méthode : Le cas d'un patient souffrant d'un trouble de stress post-traumatique chronique permet d'illustrer le concept d'intégration. Un événement traumatisant sévère unique amena à une dissociation structurelle complexe que le traitement cibra par un travail intégratif dans le cadre de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Les séances permettant la synthèse et la réalisation sont présentées et commentées dans le détail.

Résultats : Le concept d'intégration guida la recherche des points de rupture lors desquels les dissociations de la personnalité sont apparues pendant l'événement traumatisant. Progressivement le patient fit la synthèse de l'événement et personnifia cette expérience, permettant ainsi la présentification. Le patient est en rémission complète à un an de suivi.

Discussion : Par cette vignette clinique on voit que ce concept d'intégration est d'une telle précision qu'il guide le clinicien dans les situations complexes tout en respectant le patient dans son processus de guérison individuel, indépendamment de la technique thérapeutique utilisée.

Conclusion : Le concept d'intégration selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité a une utilité clinique qui nécessiterait des

recherches plus poussées pour établir sa pertinence dans les différentes approches.

Mots clés : dissociation ; trouble de stress post-traumatique ; théorie de la dissociation structurelle de la personnalité ; intégration ; trauma ; thérapie.

Abstract

Treatment of traumatic memories:

accessing the moment of dissociation and promoting integration.

Objective: The theory of the structural dissociation of the personality, based on Janet's work, offers a detailed model to conceptualize the trauma-related dissociative processes and the integrative processes necessary to heal the aftermath of trauma. According to this theory, as a result of a traumatic experience, the personality divides itself into several sub-systems: the apparently normal part of the personality maintains a functioning in everyday life while the emotional part remains fixed on the trauma or certain elements of the trauma. Healing the trauma involves the fusion of the dissociative parts through a process of integration that allows the creation of an autobiographical narrative memory and the resolution of the associated symptoms. The theory of the structural dissociation of the personality describes integration as comprising two actions: synthesis, achieved when the individual can link and differentiate the different elements (emotions, thoughts, images, sensorimotor reactions, behaviors) of an experience in a chronology; and then realization which involves personification and presentification.

Method: The case of a patient suffering from chronic post-traumatic stress disorder illustrates the concept of integration. A single severe traumatic event led to a complex structural dissociation that the treatment targeted through integrative work within the framework of the theory of the structural dissociation of the personality. The sessions aiming at synthesis and realization are presented and commented in detail.

Results: The concept of integration guided the search for the breaking points at which dissociations of the personality appeared during the traumatic event.

Gradually the patient synthesized the event and personified this experience, allowing for presentification. The patient is in complete remission at one year's follow-up.

Discussion: Through this clinical vignette we demonstrate that this concept of integration is of such precision that it guides the clinician in complex situations while respecting the patient in his individual healing process, regardless of the therapeutic technique used.

Conclusion: The concept of integration according to the theory of the structural dissociation of the personality has a clinical utility that would require further research to establish its relevance in the different approaches.

Key Words: dissociation; post-traumatic stress disorder; theory of the structural dissociation of the personality; integration; trauma; therapy.

1. Introduction

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) a été développée par Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2010/2006) sur la base des travaux de Pierre Janet (1898, 1904, 1919, 1928, 1935) et de Myers (1940) et propose une théorie pour expliquer la survenue et le maintien des troubles liés à des traumatismes et conceptualiser leur traitement. Des recherches en neuro-imagerie (Reinders et al., 2013, 2014 ; Schlumpf et al., 2013, 2014) semblent confirmer la TDSP. Van der Hart et al. (2010) propose une théorie psychologique complexe en décrivant les processus psychiques à l'œuvre lors du traumatisme et dans ses suites, ainsi que les processus psychiques nécessaires à la guérison des séquelles du traumatisme. La TDSP postule que la personnalité se divise en deux ou plusieurs sous-systèmes lorsque le sujet vit une expérience qu'il ne peut pas intégrer dans son psychisme. La personnalité pré-morbide se divise alors en deux types de sous-systèmes : la partie émotionnelle de la personnalité (PE) reste fixée sur l'expérience de l'événement traumatisant ou certains éléments de cette expérience et s'engage dans des systèmes d'action ressemblant aux mécanismes de défense animale (hyper-vigilance, fuite, combat, soumission totale, mort feinte, récupération) ou d'attachement (pleurs d'attachement) ; la personnalité apparemment normale (PAN) continue de s'engager dans des activités du quotidien en évitant autant que possible le contact avec les éléments aversifs du traumatisme contenus par la PE. Ce processus d'évitement maintient la division de la personnalité, c'est-à-dire la dissociation au sens janetien du terme. La TDSP a aussi l'intérêt de décrire en détail ce que sont les capacités intégratives nécessaires, soit pour ne pas se dissocier lors d'un événement potentiellement traumatisant, soit pour se ré-associer en particulier lors d'une psychothérapie.

Cet article a pour objectif de décrire le concept d'intégration selon la TDSP, puis d'illustrer par une étude de cas le processus d'intégration, en d'autres termes comment on peut ré-associer ou fusionner une PAN et des PE par un travail psychothérapeutique ciblé. Des parties de séances enregistrées lors desquelles fut réalisé le travail d'intégration, seront présentées dans le détail et commentées. On verra en particulier comment chercher l'instant lors duquel la dissociation a eu lieu pour ensuite favoriser l'intégration du traumatisme et ainsi la fusion de la PAN et des PE.

2. L'intégration des souvenirs traumatiques selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

La TDSP décrit l'intégration comme comprenant deux actions : la synthèse et la réalisation, cette dernière impliquant la personnification et la présentification. La synthèse centrale est réalisée lorsque l'individu peut relier et différencier les différents éléments d'une expérience vécue dans la chronologie temporelle. L'individu peut alors décrire la situation du début à la fin en déclinant émotions, sensations corporelles, comportements ou actions, imageries, fantasmes et cognitions pour chaque instant de l'événement. Une synthèse aboutie permet au sujet d'atteindre un sentiment cohérent de soi pour cette expérience spécifique qui peut alors devenir un souvenir narratif autobiographique. Les symptômes post-traumatiques sont souvent en lien avec une synthèse inaboutie comme en témoigne, par exemple, des amnésies, une restriction des affects lorsque le sujet évoque l'événement, des symptômes somatoformes qui peuvent être l'expression d'un mouvement qui eut été nécessaire pour se protéger mais qui n'a pas pu être réalisé lors du trauma.

La synthèse étendue implique la création de notre histoire de vie avec un sens de soi consistant dans le temps, et s'obtient en reliant, différenciant et coordonnant des actions complexes sur des périodes de longue durée dans le parcours de notre vie. L'impact de traumatismes sur la synthèse étendue s'exprime par exemple lorsqu'une personne qui a vécu des violences physiques par son père dans l'enfance, n'ose pas avoir des enfants de peur de reproduire la violence vécue sur ses propres enfants.

La réalisation se positionne sur la synthèse et implique la personnification et la présentification. La personnification se réfère à la capacité du sujet de ressentir qu'il a vécu un événement traumatisant, en prenant possession de cette expérience comme sienne. Cela implique la capacité de ressentir que « c'est bien moi qui ai vécu cette expérience terrible ». L'émergence de la personnification est souvent associée à des sentiments de tristesse, de colère ou de honte. La présentification consiste dans le fait d'être ancré dans le présent tout en ayant conscience du passé et du futur. Le sujet peut alors se rendre compte que le trauma a eu lieu mais qu'il est fini. Un manque de présentification se présente par des symptômes divers, par exemple une panique intense lorsque le sujet est confronté à un stimuli non aversif en tant que tel mais rappelant le trauma. La

personnification et la présentification impliquent pour le sujet d'accepter que les événements ont eu lieu et qu'il les a vécus.

3. Manque d'intégration et dissociation de la personnalité

Des capacités d'intégration élevées nécessitent un niveau de fonctionnement cognitif, intellectuel, émotionnel de haut niveau. Cela n'est pas le cas lorsqu'un enfant est confronté à une violence sexuelle ou lors qu'un adulte est confronté à des expériences qui le « dépassent » littéralement (guerre, catastrophe naturelle, etc.). Par ailleurs les modifications neuro-physiologiques (p.ex. Chalavi et al., 2014 ; Moscovitch et al., 2016) lors d'une expérience de menace permettent de comprendre pourquoi un individu ne peut transformer une expérience traumatisante en récit narratif autobiographique. L'objectif clinique de cet article ne permet pas d'entrer dans le détail de ces études.

Dans certaines expériences traumatisantes, certains des sous-systèmes d'action de défense ou d'attachement peuvent s'opposer l'un à l'autre, comme par exemple le réflexe de s'enfuir et la nécessité de se soumettre pour éviter les coups. Ainsi dans une même situation de menace, une PE peut se subdiviser en plusieurs PE engagées dans des actions de défense différentes. En outre, une situation de menace peut présenter de brefs moments lors desquels un sentiment ou une douleur physique particulièrement intense vont amener à l'apparition d'une PE fixée sur un moment de quelques secondes seulement dans une situation de menace de plusieurs heures. Enfin certaines PE peuvent être fixées sur le trauma à travers des fantasmes ou un imaginaire salvateur sur le court terme mais qui masquent des éléments nécessitant d'être intégrés (Nijenhuis, 2015, 2017). Par ailleurs une dissociation parallèle peut survenir avec une PE observatrice de l'événement et une ou plusieurs PE engagées dans des actions défensives (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2010).

4. Le travail thérapeutique favorisant la synthèse et la réalisation

Les recommandations internationales (ISSTD, 2011) préconisent pour les traumatismes psychiques un traitement orienté par phase avec trois phases : (1) stabilisation avec sécurisation dans le présent, mise en place d'une relation thérapeutique suffisamment solide, apprentissage de la régulation des affects et

réduction des symptômes ; (2) intégration des souvenirs d'expériences traumatisantes et des parties dissociatives ; (3) deuil et réadaptation. Le travail d'intégration des PE et des souvenirs traumatiques correspondants nécessite en effet une stabilité suffisante, une confiance dans la relation avec son thérapeute et des capacités de régulation émotionnelle suffisantes pour faire face aux émotions intenses qui vont émerger lors du travail de synthèse et de réalisation (Reddemann & Piedfort-Marin, 2017).

Par la suite le travail d'intégration peut se faire soit de manière ciblée et protocolée (par exemple : EMDR, eye movement desensitization and reprocessing [Shapiro, 2006] ; méthodes basées sur la théorie des états du moi [Piedfort-Marin & Reddemann, 2016]), soit en suivant le mouvement de guérison du patient. Dans certains cas en effet, le travail d'intégration, lorsqu'il est complexe, nécessite de suivre le processus de guérison du patient sans chercher à mettre ce dernier dans un protocole strict. Dans de tels cas, des bases conceptuelles claires sont nécessaires. Ce sera le cas dans la vignette clinique présentée ici. Le concept d'intégration avec la synthèse et la réalisation (personnification et présentation) proposée par la TDSP forme une base théorique utile, indépendamment de la méthode ou technique thérapeutique que le clinicien utilisera (Piedfort-Marin, 2019). L'hypnose est souvent utilisée dans le travail thérapeutique avec les patients sévèrement traumatisés, en plus ou en combinaison avec d'autres méthodes. De nombreux experts des troubles dissociatifs (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993 ; Van de Hart et al, 2010 ; Kluft, 1999) recommandent de réaliser une synthèse et une réalisation guidées par le thérapeute, souvent fractionnées. Le travail d'intégration est alors ciblé (tenant compte de la symptomatologie) et progressif (afin de ne pas déstabiliser le patient et tenant compte des capacités intégratives en développement), le thérapeute assurant un rôle structurant et contenant.

5. Vignette clinique

5.1. Présentation du cas

Le cas présenté ici permettra d'illustrer le concept d'intégration selon la TDSP. Pierre A.¹ est un homme d'affaire de 50 ans lorsqu'il se présente à ma consultation. Son épouse et ses enfants sont épuisés par son comportement et sa conjointe a exigé qu'il entame une thérapie. Pierre est conscient qu'il a besoin d'aide. Vingt ans plus tôt, lors d'un séjour d'affaires en Amérique du Sud, il fut kidnappé par une bande armée et menacé de mort, puis finalement relâché. Il ne fut pas blessé mais son état psychique changea après cela. Depuis il est renfermé, investit peu les relations familiales ou amicales, a eu des passages dépressifs sévères, a des difficultés de sommeil qu'il régule par des consommations importantes d'alcool le soir. Les cauchemars l'assaillent presque toutes les nuits. Son épouse remarque des agitations nocturnes importantes. Il fonctionne correctement à son travail et il maintient quelques activités de loisir. Une thérapie de deux ans réalisée rapidement à son retour d'Amérique du Sud fut sans grand effet.

Lorsque Monsieur A. arrive à sa première séance j'observe qu'il tremble ; il explique qu'il a en effet peur de devoir « à nouveau tout raconter ». Je le rassure qu'il ne racontera rien tant qu'il ne se sentira pas de le faire et alors seulement peu à peu. Il est alors très clair que Monsieur A. manque alors de la stabilité psychique nécessaire pour aborder ses traumatismes. Après plusieurs séances d'évaluation, je pose les diagnostics DSM-5 (APA, 2015) de trouble stress post-traumatique (TSPT) avec symptômes dissociatifs (dépersonnalisation) et trouble moyen lié à la consommation d'alcool. Selon la CIM-10 (OMS, 1994), je pose le diagnostic d'état de stress post-traumatique, de syndrome de dépersonnalisation, et une utilisation d'alcool nocive pour la santé. Sous l'angle de la CIM-11, tous les critères ne sont pas réunis pour poser le diagnostic de TSPT complexe. On note l'absence de tout antécédent psychique et d'autres traumatismes, une enfance décrite comme heureuse, mais une histoire traumatique chez les deux parents dans leur pays d'origine. Le patient souhaite ne pas prendre de médication psychotrope. Venu me consulter pour faire une thérapie EMDR, le patient donne néanmoins son accord pour une thérapie orientée par phases et une phase de

¹ Le nom et diverses données autobiographiques ont été modifiées afin de garantir la protection des données personnelles. Le sujet a donné son autorisation à cette publication.

stabilisation que je suspecte qu'elle sera conséquente, ce qui en fait le soulage. En tant que PAN le patient est très phobique du souvenir traumatique et cette phobie installée et maintenue depuis 20 ans a chronicisé ses troubles. Quand bien même il s'agit d'une situation traumatique unique et relativement brève en l'absence de tout antécédent, la chronicité du trouble laisse présager des éléments lourds.

5.2. La phase de stabilisation

En l'absence d'une problématique d'attachement et de trouble de la personnalité, une relation thérapeutique solide s'installe rapidement. Nous tentons en premier lieu de réduire la consommation d'alcool qu'il utilise comme un anesthésiant et un somnifère, sans effet bénéfique sur le sommeil d'ailleurs. Parallèlement Monsieur A. en tant que PAN acquiert de meilleures capacités d'apaiser l'angoisse par des exercices de respiration, de réorientation dans le *ici et maintenant*, des exercices hypno-imaginatifs, le renforcement des expériences positives de sa vie, ainsi qu'une meilleure capacité de distanciation lors de réactivations de souvenirs traumatiques (Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). D'origine sud-américaine, il a besoin de raconter l'histoire de ses parents réfugiés en Suisse en provenance d'un pays en crise, et il s'interroge sur le lien que cela peut avoir avec son besoin d'arpenter les routes dangereuses de la cordillère des Andes. Pendant cette phase de stabilisation, Monsieur A. raconte régulièrement ses cauchemars qui l'assaillent. Leurs thèmes récurrents sont la fuite dans les profondeurs des mers ou dans les hauteurs de montagnes, ou encore dans des crevasses. Des personnages le poursuivent, il vole dans le vide et est tout de même rattrapé par des assaillants.

Les séances se structurent spontanément par un résumé des symptômes de la semaine, puis, à partir d'un cauchemar, d'un ressenti ou d'une pensée, le patient ferme les yeux, se tient la tête et part dans une légère transe hypnotique pour se concentrer et explorer le symptôme. Il ressort par lui-même de la transe lorsque j'annonce que nous arrivons à la fin de la séance. S'en suit un retour sur la séance et ce qu'elle lui a apporté. Nous utiliserons tout au long de la thérapie cette capacité à entrer en transe qui s'avère bien lui convenir.

Lors d'un exercice d'apaisement émotionnel pendant lequel le souvenir du kidnapping s'activa de lui-même, il dit ressentir au fond de lui une partie de lui-

même qui pleure. Le patient en tant que PAN est ému et peut se rapprocher de « cet autre moi qui est effrayé ». « Je le tiens contre moi et il sanglote. Il me dit 'j'ai mal, je n'ai jamais eu aussi mal'. » Il est ainsi au contact d'une PE. J'introduis un exercice hypno-imaginatif d'apaisement de la partie blessée par la reconnaissance de la souffrance de cette partie de lui qui pleure, la mise en sécurité de cette partie dans un lieu sûr imaginaire et sa consolation par la PAN (Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). Le patient va dès lors, à la fois travailler à sécuriser un lieu sûr imaginaire qu'il réserve pour « le Pierre de 30 ans », c'est-à-dire la PE fixée sur le kidnapping, et à la fois explorer de plus en plus son monde intérieur en lien avec le trauma. A la 14^{ème} séance le patient peut dire qu'il ne souhaite pas que le processus thérapeutique s'arrête quand bien même il est douloureux. On peut y comprendre une baisse de la phobie de la PAN envers les souvenirs traumatiques.

Dans cette période d'exploration de son monde intérieur, souvent à travers une exploration des cauchemars, mais aussi simplement en se concentrant sur « le Pierre de 30 ans », il découvre d'autres PE. Dans un premier temps il se rend compte que deux PE sont apparues lors du trauma : « un Pierre tétanisé dans la mort » et « un Pierre qui lutte pour s'enfuir ». « La lutte était devenue interne à moi » dira-t-il. Il décrit ainsi l'antagonisme de deux PE fixées sur des sous-systèmes d'action opposés : la première PE dans le figement et la seconde engagée dans une action de fuite. Le patient se rend alors compte que c'est la PE fuite (« le Pierre qui lutte pour s'enfuir ») qui l'assaille dans ses rêves où il est question d'une « fuite à l'infini et ne plus jamais s'arrêter. » Il décrit aussi des dialogues internes entre ces PE : la PE fuite en veut à la PE figée et lui dit « à cause de toi on a failli y passer. » Lorsque je tente de rectifier en disant : « non, c'est à cause des agresseurs », le patient dans sa PAN rapporte que les deux « Pierre de 30 ans » ne peuvent pas intégrer cela parce qu'ils sont plus préoccupés l'un par l'autre que par les agresseurs. La PE figée dit se sentir bien, ce qui peut sembler étonnant. La PAN explore cela et découvre qu'en étant figée, cette PE ne répond pas au plaisir sadique des agresseurs. Alors que la PAN tente de rapprocher les deux PE en lutte l'une contre l'autre, je résume ce que le patient dans sa PAN a découvert : « le Pierre de 30 ans figé a permis la survie pendant que le Pierre de 30 ans qui lutte a permis de garder le sentiment d'une vie intérieure. » Par cette intervention valorisant chaque PE, la PE fuite fut moins en colère et la PE figée commença à pouvoir se mouvoir. A travers trois séances, nous découvrons ainsi

une dissociation structurelle relativement complexe qui peut expliquer la sévérité du trouble.

La suite de la phase de stabilisation se poursuit en renforçant les capacités de la PAN d'entrer en contact avec les PE tout en régulant les émotions associées, diminuant ainsi sa phobie des PE et de leur contenu traumatique.

5.3. La phase d'intégration du souvenir traumatique

Progressivement le patient en est venu à aborder le vécu du kidnapping en tant que tel. C'est ainsi le patient qui a guidé le travail thérapeutique vers la phase deux d'intégration du traumatisme, en ciblant la synthèse et la réalisation (personnification et présentification). Sont venus progressivement des détails importants de l'expérience traumatisante que le patient avait oubliés ou bien auxquels il n'avait jusqu'alors pas donné une importance particulière. Ces éléments sont apparus dans la thérapie également sous forme de symptômes, en particulier une douleur intense à l'oreille droite que le patient ne pouvait expliquer. L'apparition de ce symptôme amena une phase ciblée de synthèse dans le but de repositionner les différents éléments du trauma dans un ordre chronologique, permettant à Monsieur A. de construire un récit autobiographique narratif de cette expérience traumatisante, préalablement morcelée à travers les différentes PE. Le travail de synthèse long et difficile s'est fait en alternance avec les techniques d'apaisement émotionnel vues plus haut. Il fallut aussi prendre en considération plusieurs rechutes de la consommation excessive d'alcool en soirée lors de l'émergence d'éléments particulièrement douloureux de l'expérience traumatisante.

Le patient découvre qu'une PE a le cœur arrêté. « Le cœur s'est arrêté de battre tellement il a peur. » Me basant sur ma propre vision de cette situation traumatique et sur mon contre-transfert, je propose que cette partie soit peut-être suspendue dans le temps entre deux battements de cœur, comme une protection et un évitement du danger dans la seconde suivante. Cette hypothèse parle au patient. Il a vécu une situation de kidnapping où, selon les usages de ce groupe armé, il aurait dû être tué sur le champ ou emmené dans un camp en otage. Au lieu de cela il fut maintenu en joue par un enfant drogué armé d'une kalachnikov. Monsieur A. attendait la mort à chaque instant, attente insupportable qui laissa émerger plusieurs PE. C'est le travail de synthèse guidée et progressive qui permet

au patient de reconstruire la chronologie des événements. Ainsi il comprendra que la douleur intense à l'oreille correspond à un coup de fusil tiré à bout portant juste à côté de son crâne et de son oreille droite. Le bruit de la détonation a résonné fortement bien évidemment et la douleur intense à l'oreille associée à la peur ont fait émerger une PE sur ce moment très précis. Cette réalisation nécessita une quinzaine de séances, tant l'évitement phobique de la PAN était important. Une prise de conscience cognitive n'apporte pas d'intégration suffisante, dès lors il n'était pas question de communiquer au patient cette hypothèse quand bien même elle me semblait évidente très tôt.

Progressivement le patient note une amélioration de son sommeil, des moments d'abstinence d'alcool de plus longue durée, la pratique d'activités saines et aidantes comme des exercices matinaux de yoga, de respiration et de gainage. Il comprend mieux pourquoi il a peur de la nuit et a besoin de boire de l'alcool le soir : le kidnapping s'est passé alors qu'il dormait et il fut relâché à l'aube. Le fait que le kidnapping ait eu lieu la nuit ne lui avait pas semblé un élément significatif jusqu'alors. Ré-associer nuit et menace fut un moment important de synthèse et de personnification. Au fur et à mesure de l'élaboration de la synthèse, le patient accède au processus de réalisation : il évoque en tant que PAN une grande tristesse et un sentiment de « gâchis » suivi d'un besoin immédiat de boire une bière ce qu'il ne fait néanmoins pas. Cela illustre la personnification et la présentification en marche. La synthèse se poursuit avec une réappropriation des étapes du trauma juste après sa libération surprise, où il est seul en pleine nature inconnue, hébété, incertain quant à sa sécurité, n'osant se réjouir d'être sauf.

A la 42^{ème} séance le patient découvre une partie qu'il nomme « le veilleur », une PE au rôle protecteur qui associe le sommeil au danger et qui communique intérieurement à la PAN « parce que tu dormais, tu as failli te faire tuer. » Plusieurs séances amènent des progrès insuffisants dans l'apaisement de cette PE. Il faut y voir le signe qu'un élément clé n'a pas encore été synthétisé. Une fois que le patient en tant que PAN comprit la nécessité d'explorer davantage cette PE, le patient put synthétiser et réaliser certains éléments qui eurent lieu les heures précédant le kidnapping. Celui-ci eut lieu alors que le patient dormait, mais la veille le patient, connaisseur de la région, avait eu un sentiment diffus d'un danger imminent. Il n'y prêta pas grande attention. Le patient dans sa PAN est très évitant de cette PE. De l'exploration de cette PE « veilleur » il s'avère qu'elle a pour but de protéger le Pierre de 30 ans et ne s'intéresse pas à la PAN. Je résume en

disant : « cela fait 20 ans que le veilleur se bat pour la survie de quelqu'un qui a depuis vécu pendant 20 ans. » Cette intervention ayant pour but d'activer la présentification permet un relâchement de l'évitement de la PAN envers la PE « veilleur » en vue d'une exploration plus poussée. Néanmoins il y a toujours un blocage autour de cette PE, signe que des éléments importants doivent encore être synthétisés. « On s'approche de quelque chose qui me stresse », dira le patient. Puis « il m'est apparu des sensations et des bruits d'avant mon réveil lors du kidnapping. Est-ce qu'une part de moi a enregistré des trucs, y compris le danger, avant mon réveil ? » Le patient est alors à nouveau davantage sujet à des cauchemars et à des consommations excessives d'alcool le soir. Nous exposons très progressivement la PAN à la PE « veilleur » pour faciliter une synthèse fractionnée où le thème de la mort est bien entendu omniprésent.

Vers la 50^{ème} séance, Monsieur A. peut expliquer sans débordement émotionnel ni restriction des affects certains éléments supplémentaires du kidnapping : il a dû se mettre à genou, un enfant pointant une kalachnikov sur son front. Il était alors persuadé qu'il n'y avait pas d'issue possible et qu'il allait mourir dans les secondes suivantes. Le patient découvre qu'à ce moment précis il avait compris que plus rien ne le sauverait, ceci associé à un sentiment profond d'impuissance : « une arme sur la tête et tout change, on n'est plus rien. » Sentant que le patient est prêt à aller plus loin dans la synthèse, je lui demande ce qui vient dans l'instant suivant : « envie d'abréger ce moment, une fatigue énorme, comme si j'étais en train de dépenser beaucoup d'énergie ... C'est fini, la vie ... Je ferme les yeux. Comme si les choses deviennent lointaines ; les bruits s'estompent. Je ressens une chaleur sur le corps. Une lumière blanche à travers les paupières qu'il (sic) a fermées. Comme si mes jambes et genoux disparaissaient dans le sol, et le reste du corps s'évapore. Je suis juste dans l'attente de la balle qui vient se loger dans la tête. Il n'y a plus d'autres sensations. J'ai réussi à échapper à l'agresseur en m'évaporant. » Puis le patient rajoute : « c'est comme si j'étais le veilleur assis en haut d'un promontoire et je vois cette scène avec le Pierre de 30 ans qui s'évapore. » Par cette séance axée sur la synthèse d'un moment très bref mais crucial, le patient dans sa PAN peut se connecter à des images, sensations, émotions et pensées, toutes particulièrement complexes et intenses, et il a pu par cette séance les relier et les différencier. On remarque aussi que le patient en tant que PAN commence à se réassocier progressivement à la PE « veilleur » (début de fusion), mais la séance suivante il y

a de nouveau un blocage dans le travail de rapprochement entre la PAN et cette PE. Il apparaît alors que la PE « veilleur » veut éviter à la PAN d'entrer en contact avec la suite de la scène. Me basant sur mon contre-transfert, j'interviens par ces mots : « Ca doit être terrible de ne pas savoir si l'on est mort ou en vie. Comme si la limite entre la vie et la mort s'était embrouillée. » A la suite de cela, le patient dans sa PAN dit avoir retrouvé le jeune Pierre sur la colline, une fois relâché ; il est « vidé, sonné, revenu d'un voyage incroyable. » On pourrait croire que quelque chose s'est débloqué, et c'est le cas d'une certaine manière, mais en fait dans la synthèse on a sauté toute une partie très importante du trauma, ce qui laisse penser à un évitement phobique de la PAN. Néanmoins la force de guérison est plus forte et lors de la séance suivante, le patient dans sa PAN revient de lui-même sur le jeune Pierre à genoux, « au bord d'un gouffre noir », le « veilleur » est étonnamment en retrait. La synthèse continue avec le souvenir de l'arme sur le front et le soudain rappel mnésique du bruit de la sangle sur l'arme, le tout associé au gouffre noir. A la séance suivante le patient est découragé mais accepte de se rapprocher du gouffre noir. La PE « veilleur » l'en dissuade : « tu t'es déjà beaucoup trop approché de ce trou. » Mais la PAN veut progresser et s'approche du gouffre noir pour réaliser que « c'est comme si, un moment, mon âme avait quitté mon corps et ma conscience, comme si une partie de moi était déjà passée de l'autre côté et attendait le corps... Cette partie attend de l'autre côté, elle est calme, presque apaisée. Il y a deux parties de chaque côté, comme deux aimants du même pôle qui se repoussent. » Le patient vient de découvrir la présence d'une autre PE, une partie de lui qui se croit déjà morte. Le patient nomme cette PE « la partie âme ». Il vient de mettre le doigt sur un moment précis où une PE a émergé. Je lui pose donc une question centrale : « en quoi c'était utile cette séparation ? » Cette PE pense que la mort a eu lieu, « elle a besoin que certains liens qui la retiennent au corps disparaissent pour qu'elle soit libre, alors que le corps attend la balle qui ne vient pas. [...] La division entre les deux aimants se fait au fur et à mesure que l'enfant-soldat vient vers le jeune Pierre.... Comme si quelque chose sortait de ma tête et s'envolait vers le haut. » Je continue de guider le patient dans la synthèse et la découverte des raisons de cette dissociation structurelle.

Patient : Quand je suis à genoux avec la kalache sur le front, l'âme est déjà au-dessus. Tout est figé par le fusil et le cliquetis.

Thérapeute (soutien de la synthèse) : qu'est ce qui se passe après le cliquetis ?

Patient : Plus rien ne bouge. Je ressens une pression dans l'oreille droite, le sifflement de la balle. La pression augmente.

Thérapeute : Et ensuite ?

Patient : L'âme sort de la tête.

Thérapeute : Et juste avant ?

Patient : La balle entre dans le front et ressort derrière. Le corps ressent la balle qui traverse la tête.

Le patient n'a pas été blessé lors du kidnapping, mais il s'attendait à mourir. On peut en déduire que le patient dans l'une ou l'autre PE s'est vu mourir. Charcot nommait ce phénomène *suggestion traumatique* (Nijenhuis, 2015). Nous mémorisons aussi ce que nous imaginons, mais cela ne nous dit pas pourquoi il s'est créé chez le patient une PE à ce moment-là, avec un évitement massif entre la PAN et la PE « âme ». C'est le signe qu'il manque des éléments dans le travail de synthèse et que cela empêche l'intégration.

Dans les séances suivantes nous continuons une synthèse minutieuse et nous restons sur le moment où le Pierre de 30 ans attend que la balle traverse la tête. Il a peur d'avoir mal, s'imagine l'explosion de sa tête et le corps qui se videra de son sang par la tête. La PE « âme » était déjà là au moment du cliquetis, ce qui laisse penser qu'un autre élément a amené à son apparition. Cela implique la nécessité d'une synthèse plus détaillée que dans d'autres cas et le patient peut alors mieux se rappeler, décrire, relier et différencier les différentes séquences avant et pendant la détonation. Monsieur A. se rend compte par lui-même qu'il peut mieux associer émotions, sensations et images des événements qui ne sont plus pour lui un récit froidement descriptif. Mais la douleur du sifflement à l'oreille revient toujours en séance et le patient dans sa PAN ne relie cette sensation à rien ; il ne sait alors pas s'il y a eu effectivement un coup de feu tiré. Le travail d'exploration met soudainement en évidence l'image du jeune Pierre mort couché à terre. En utilisant les capacités d'observation développées dans la phase de stabilisation, j'introduis la notion de « l'observateur intérieur qui sait plus de nous que ce que nous savons » (Piedfort-Marin & Reddemann, 2016) en référence au travail de Hilgard (1973). Le patient dans sa PAN adopte cela aisément et entre en contact avec son observateur intérieur. Il peut alors voir la scène à distance et obtient de nouveaux éléments. Dans sa PAN, le patient rapporte que le jeune agresseur « a eu une jouissance absolue avec son arme sur le front du jeune

Pierre » puis « j'ai préféré mourir plutôt que de me soumettre à son plaisir. » Les nuits de Monsieur A. sont toujours agitées avec des rêves du jeune Pierre mort allongé à terre et la peur que son corps soit supplicié, une pratique répandue par ces groupes armés. Toujours à la recherche de l'élément ayant pu pousser à l'apparition de la PE « âme » je tente une intervention qui semble apaiser un peu le patient : « en tout cas les agresseurs n'ont rien pu faire à votre âme. » Le patient revient sur ma proposition qu'une partie de lui ne sait pas qu'il n'a pas pris de balle dans sa tête. Il visualise du sang qui coule de la tête du jeune Pierre. Je lui propose d'aller juste avant le moment où le sang coule. La PAN a peur de s'approcher de cela et le film reste bloqué sur ce moment.

Thérapeute : Ça protège de quoi ?

Patient : J'ai passé la frayeur. Il a fermé les yeux.

Thérapeute : Et avant ?

Patient : C'est insoutenable, alors il ferme les yeux... J'ai ressenti la mort.

(On observe que le patient passe de la 3^{ème} personne à la 1^{ère} personne, ce qui dénote une meilleure personnification.)

Patient : Il décolle la kalache du front, j'entends le cliquetis, puis j'ai mal à l'oreille droite. Je comprends, il a tiré à côté, près de ma tête.

Le patient s'engage ainsi davantage encore dans la synthèse mais il y a toujours plusieurs PE en présence qui ne sont pas encore intégrées, signe que certains éléments importants ne sont pas encore synthétisés. Les rêves changent de thématique, : désormais il s'y voit attaquer les agresseurs mais sans succès. J'y comprends la connexion avec une PE engagée dans une action de contre-attaque, une action qui n'a pas pu être réalisée dans la réalité.

Lors de plusieurs séances décisives, nous entamons une exploration pour tenter de continuer l'intégration des différentes PE. A ce stade les PE en présence dans ce moment critique du trauma sont les suivantes :

- la PE « âme » : c'est la partie la plus rassurante selon la PAN. Elle ne ressent rien et est paisible.

- la PE à genoux : correspond au moment où Monsieur A., à genoux devant ses agresseurs, s'attendait à être tué dans la seconde suivante. Cela amène beaucoup de tristesse au patient dans sa PAN.
- la PE (qui se croit) déjà morte : cette PE est persuadée qu'une balle a traversé la tête. Le patient dans sa PAN dit être désolé de n'avoir pas pu la sauver.
- la PE « rage » : correspond au besoin de contrattaquer les agresseurs. La PAN la trouve veine et inutile, cette option devant être évitée à tout prix.
- La PE « conscience intelligente » : c'est une partie qui raisonne, calcule et évalue et empêche la PE « rage » de se mettre en action.

Patient : J'ai juste envie d'aller vers l'âme.

Thérapeute : L'âme qui ne ressent rien. (Je suppose que la PAN est plus attirée par la PE « âme » justement parce qu'elle ne ressent ni affect ni sensation physique, ce qui renforce l'évitement phobique de la PAN).

Patient : Elle ressent juste du calme... Je regarde celui qui est à genoux et qui a l'air triste.

Thérapeute : C'est plus calme avec l'âme mais est-ce que c'est un vrai calme. Qu'est-ce qu'il faut pour regarder une telle scène en restant calme ? (Recherche du point de rupture où s'est créée la dissociation structurelle).

Patient : Cette sensation derrière le crâne... ce trou ...

Thérapeute : C'est celui qui croit être déjà mort qui a le trou dans la tête ?

Patient : Oui.

Thérapeute : Donc vous êtes plus proche de lui. Comment cela se fait-il ?

Patient : Je tourne autour de celui qui est à genoux. J'observe. C'est bizarre. C'est une scène étrange. ... Qu'est ce qui se passe là ?

Thérapeute : Oui, qu'est-ce qui se passe ? [...]

Patient : Comme si j'avais envie d'aller vers lui et de lui dire « réveille-toi ! » ...

Thérapeute : Il n'a pas entendu ? Il se croit mort ?

Patient : Il ne bouge plus.

Thérapeute : Et vous ressentez quoi en vous approchant de lui ?

Patient : Incompréhension. Qu'est-ce qui s'est passé ?

Thérapeute : La question c'est peut-être : qu'est ce qui a fait que ce Pierre qui se croit mort soit apparu. (Recherche du point de rupture où s'est créée la dissociation structurelle).

Patient : Il y a celui à genoux et à coté il y a celui qui est mort, la tête explosée.

Thérapeute : Essayez de voir ce qui relie les deux.

Patient : Les pieds, les jambes, c'est les mêmes pour les deux. Une sorte de flou... Comme si une explosion les relie.

Thérapeute : Est-ce que c'est l'explosion pour laquelle vous aviez un doute si elle avait lieu ou pas ?

Patient : Je ne sais pas. Peut-être ... Ca devient fort. C'est une détonation. Le Pierre est couché, celui qui est mort.

Thérapeute : Vous arrivez à aller au moment, à la milliseconde où le Pierre qui se croit déjà mort apparait ?

Patient : Le coup de feu ... celui qui est mort apparait là.... Ça bascule. (Le patient se connecte ainsi au point de rupture où la PE avec la croyance d'être mort est apparue).

Thérapeute : Vous arrivez à voir quelles émotions ou sensations sont apparues lorsqu'il a entendu le coup de feu ? (Soutien de la synthèse).

Patient : J'ai de nouveau mal à l'oreille ...

Thérapeute : Y a-t-il une émotion juste au moment du coup de feu ?

Patient : Il cri « non » ... (le patient pleure) ... Je ne veux pas mourir ... Je ne veux pas ...

Thérapeute : Le jeune Pierre ne voulait pas mourir. Là, maintenant vous ressentez ce qu'il ressentait à ce moment-là. ... respirez tranquillement ... (Une fois une étape de synthèse importante réalisée, je soutiens la personnification et présentification). ... Quelle émotion va avec « je ne veux pas mourir » ? ...

Patient : La vie est trop belle pour que ça s'arrête. Je n'ai pas envie. (le patient pleure)

Thérapeute : Est-ce qu'il y a de la colère ou de la peur ? Ou bien c'est un sentiment indescriptible ?

Patient : C'est plutôt « je ne veux pas quitter tous ceux que j'aime » (le patient pleure) ... Ce n'est pas juste ! (Le patient pleure encore)

Thérapeute : Qu'est-ce qu'il y a comme sensations physiques associées à ça ? Il y a toujours cette douleur à l'oreille ?

Patient : Oui ... Et cette sensation de trou dans la tête. [...] Je me sens comme le Pierre à genoux une fois le coup de feu tiré. (Personnification)

Thérapeute : Oui, ça vous est arrivé. (Soutien de la personnification et présentification)

Dans la suite de cet échange le patient comprit que s'imaginer mort était un moyen de mettre fin à ce moment insoutenable où il était persuadé qu'il allait mourir dans l'instant suivant alors que l'agresseur jouait avec ses nerfs et tirait finalement à côté de son crâne. Cette synthèse permit la ré-association de la PAN avec la PE « âme » et la PE « déjà mort ». Le patient en tant que PAN put alors ressentir de la tristesse pour son propre sort ce qui est typique du processus de réalisation. La PE « âme » apparut comme un moyen d'éviter les sensations insupportables de cette attente de la mort et pour s'imaginer immortel. Le patient en tant que PAN se rendit compte qu'il préférerait lorsque la PE « âme » était isolée des autres parties dissociatives parce que cette partie de lui ne ressentait rien et était éloignée (au-dessus) de la situation de souffrance. Mais il put accepter les ressentis complexes autour de cette situation et les intégrer ainsi que les parties dissociatives.

Ces dernières séances eurent un effet drastique avec un arrêt des cauchemars, une amélioration de l'humeur, un sentiment de mettre enfin derrière lui ce traumatisme, et un arrêt des consommations abusives d'alcool.

5.4. Phase de réadaptation

La suite de la thérapie se concentra sur la réadaptation à une vie nouvelle. Le patient renoua avec ses enfants avec lesquels la relation avait pâti de son état de dépersonnalisation. Il s'excusa de son attitude et s'inquiéta de leur besoin de soutien psychothérapeutique, et ce fut l'occasion d'un rapprochement. Néanmoins, il fallut un travail ciblé sur les traumatismes de sa famille d'origine pour venir à bout de ses tendances dépressives apparues pourtant après le

kidnapping. En effet, à la naissance du patient, des expériences traumatisantes antérieures ont probablement favorisé un état dépressif chez sa mère. Le patient et moi avons émis l'hypothèse que c'est à cet âge très précoce qu'il vécut pour la première fois des phénomènes de déconnection émotionnelle et de compartementalisation (Holmes et al., 2005) le sensibilisant à une possible dissociation structurelle ultérieure. Cela devait le fragiliser dans l'expérience de kidnapping à l'âge de 30 ans. Nous travaillâmes à la résolution de ces expériences relationnelles adverses précoces, avant de terminer la thérapie. La rémission totale des diagnostics est maintenue à un an et les progrès sont stables.

6. Discussion

A travers cette vignette clinique il était question d'illustrer l'intérêt du concept d'intégration des souvenirs traumatiques selon la TDSP. L'effet du trauma implique une dissociation de la personnalité pré-morbide en deux ou plusieurs parties dissociatives. Cette division ou dissociation nécessite du traitement qu'il amène à une ré-association ou fusion des différentes parties dissociatives, la PAN et la ou les PE. Nous avons vu que lors d'un même trauma plusieurs PE peuvent apparaître, soit pour répondre à des sous-systèmes d'actions de défense différents (fuite, attaque, figement, etc.) qui ne peuvent pas se coordonner dans l'action mais sont en stand-by pendant tout l'événement menaçant, soit pour répondre à un élément particulier lors du trauma. Nous avons vu que le cas de Monsieur A. répond à ces deux aspects.

Cette ré-association ou fusion nécessite un processus d'intégration que la TDSP décrit en détail : tout d'abord il faut favoriser une synthèse des différents éléments du trauma (événements, actions, pensées, émotions, sensations physiques) dans une chronologie des différents instants, le tout en les reliant et les différenciant. Dans cette vignette clinique le processus de guérison tortueux nécessitait de rester fixé sur cet objectif thérapeutique de synthèse afin d'optimiser le traitement. Dans des cas plus simples, cette synthèse peut se faire à l'aide de protocoles standardisés, comme l'EMDR, qui permettent une telle synthèse de manière assez spontanée (Piedfort-Marin, 2019). Néanmoins dans des cas impliquant une dissociation structurelle de la personnalité plus complexe, favoriser la synthèse nécessite de prendre en considération que les différents éléments d'un même instant puissent être détenus par plusieurs parties dissociatives, comme c'était le cas de ce patient. Cette synthèse permet ensuite

la réalisation, action d'un niveau plus élevé et impliquant la personnification et la présentification, et souvent associée à l'expression adaptée de colère et de tristesse.

Une question importante à se poser et à explorer est le moment précis de l'apparition d'une PE. Selon la TDSP, une PE se crée lorsqu'il manque des capacités pour intégrer un événement qui dépasse les capacités du sujet. Lors d'une expérience traumatisante ayant amené à l'apparition de plusieurs PE, il est utile de se poser la question suivante : qu'est-ce qu'il s'est passé à ce moment précis où une PE est apparue ou juste avant. Travailler sur ce point permet à la fois d'effectuer le travail de synthèse et de renforcer la personnification puisque l'on amène le sujet en tant que PAN à se rendre compte d'un élément important qu'il a évité d'intégrer. Récemment Nijenhuis (2019) propose que l'échec d'intégration serait dû non à un manque d'intégration mais à des actions de non intégration par le sujet soumis à une expérience adverse. Lorsqu'il n'y a pas d'intégration (suffisante), ce n'est donc pas une non-action puisque l'être humain ne fait que des actions. Ne pas faire une action donnée c'est en fait faire une (autre) action. Le terme de non-intégration est donc un terme inadéquat. Selon ce point de vue, l'action d'évitement d'intégration correspond plus correctement à ce processus. Au niveau clinique cela a tout son sens puisque pour soutenir la synthèse et la réalisation, il faut chercher l'élément lors duquel le sujet dans sa constitution pré-morbide a engagé une action d'évitement empêchant ainsi l'intégration. Cette vignette clinique illustre cela à différents moments de la thérapie. Monsieur A. a ainsi pu découvrir que la création de la PE qui se croyait déjà mort lui permit d'éviter ces secondes insoutenables où il ne savait pas s'il allait vivre ou pas. S'imaginer mort permettait de mettre fin à ce supplice. L'apparition de la PE « âme » répondait au besoin de ne pas ressentir la sensation insupportable de l'attente.

Van der Hart et al. (2010) proposent trois degrés de dissociation structurelle de la personnalité.

1. La dissociation structurelle primaire implique la division de la personnalité pré-morbide en une PAN et une PE comme dans le cas de l'état de stress aigu, du TSPT, et certains troubles de conversion.
2. La dissociation structurelle secondaire implique une PAN et plusieurs PE et peut correspondre à des troubles plus complexes comme le TSPT

complexe (selon la CIM-11 : OMS, 2019), l'autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (DSM-5) ou TDI partiel (CIM-11) et certains TDI.

3. La dissociation tertiaire implique un certain nombre de PE et plusieurs PAN et seuls certains TDI sévères correspondent à cette typologie rare.

A travers cette étude de cas on remarque que le patient a reçu un diagnostic de TSPT avec symptômes dissociatif (dépersonnalisation) selon le DSM-5. De manière étonnante il s'est avéré par la suite dans la thérapie – et particulièrement pendant la phase d'intégration des souvenirs traumatiques – que plusieurs PE avaient émergé lors de cette expérience unique. Le système interne s'est avéré d'une telle complexité qu'on penserait qu'il s'agisse d'un TSPT complexe (CIM-11) ou d'un autre trouble dissociatif spécifié (DSM-5). Néanmoins, le patient répondait clairement au diagnostic d'un TSPT et ne présentait ni tous les critères supplémentaires d'un TSPT complexe au sens de la CIM-11, ni ceux d'un autre trouble dissociatif spécifié (DSM-5). Les symptômes de dépersonnalisation du patient me semblaient répondre aux critères du TSPT de type dissociatif selon le DSM-5. Comme le sous-type dissociatif de TSPT est absent de la CIM-10, il faut donc poser selon cette classification le double diagnostic de TSPT et de syndrome de dépersonnalisation. A noter que le trouble de dépersonnalisation n'est de toutes façons pas spécifique d'une dissociation structurelle secondaire selon Van der Hart et al. (2010). Il en résulte que ce cas est un cas complexe de TSPT mais qu'il ne s'agit pas d'un TSPT complexe au sens de la CIM-11. Il s'agit d'un cas complexe de TSPT parce qu'il est chronique depuis 20 ans et parce que l'événement traumatisant a été d'une telle force sur un individu ayant des fragilités pourtant limitées, qu'une dissociation structurelle secondaire s'est créée. Il faut donc voir dans le cas présenté ici une exception à la typologie des trois degrés de dissociation structurelle. Comme toute catégorisation, celle-ci ne peut être parfaite. Il est important de ne pas confondre, d'une part les diagnostics que le clinicien pose en se référant aux manuels DSM et CIM, et d'autre part les réflexions nosographiques proposées dans un cadre théorique donné.

7. Conclusion

Tout rapport de cas clinique est bien sûr subjectif. La thérapie de Monsieur A. permet d'illustrer le concept d'intégration selon la TDSP, à la fois dans les aspects théoriques expliquant la pathologie dissociative, et dans les aspects

thérapeutiques sous-tendus par la TDSP. Ce cas illustre que dans certains cas un TSPT peut présenter une complexité que seule la psychothérapie mettra progressivement à jour. Indépendamment des techniques thérapeutiques utilisées en psychotraumatologie, la TDSP et son concept d'intégration peuvent guider le clinicien à travers les méandres parfois complexes du processus de guérison des patients souffrant de séquelles complexes de traumatisation. En cette période où la pratique psychothérapeutique est fortement influencée par les recherches en neuro-imagerie et neuro-physiologie, il n'est pas inutile de continuer à développer les théories psychologiques et leurs applications cliniques. Les théories neuro-physiologiques et les théories psychologiques étant par ailleurs des facettes différentes abordant une même réalité, subjective par ailleurs. En outre, les études RCT peuvent difficilement aborder des mécanismes thérapeutiques précis tels que décrits dans cet article. Il est important de pouvoir différencier et relier les études de cohortes et les études de cas cliniques détaillées comme celle-ci pour développer les savoir-faire thérapeutiques.

Références

- American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^{ème} édition) (DSM-5). Paris : Elsevier-Masson.
- Chalavi, S., Vissia, E.M., Giesen, M.E., Nijenhuis, E.R.S., Draijer, N., Cole, J.H., ... Reinders, A.A.T.S. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and posttraumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36 (5), 1692-704
- Hilgard, E.R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. *Psychological Review*, 80, 396-411.
- Holmes, E., Brown, R.J., Mansell, W., Fearon, R.P., Hunter, E., Frasquilho, F., Oakle, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychological Review*, 25, 1-23.

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD. (2011). Chu, J.A., Dell, P.F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P.M., Somer, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., et al. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12,115-18. doi: 10.1080/15299732.2011.537248
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes. Vol. 1*. Paris : Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan.
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris : A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.
- Kluft, R. P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 289-319.
- Moscovitch, M., Cabeza, R., Winocur, G., & Nadel, L. (2016). Episodic memory and beyond: the hippocampus and neocortex in transformation. *Annual Review of Psychology*, 67, 105-136.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52 (1), 1-23.
- Nijenhuis, E.R.S. (2015). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 1 and 2*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 3*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

- Nijenhuis, E.R.S. (2019). The metaphor of dissociation: teleological, phenomenological, structural, dynamical. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 44, 72-105.
- Organisation mondiale de la sante – OMS. (1994). *Classification internationale des troubles mentaux – CIM-10*. Paris : Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé – OMS. (2019). *ICD-11 [CIM-11] International Classification of Diseases, 11th version*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f585833559>
- Piedfort-Marin O, & Reddemann L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles: Satas.
- Piedfort-Marin, O. (2019). Synthesis and realization (personification and presentification): the psychological process of integration of traumatic memories in EMDR psychotherapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13-1, 75-87.
- Reddemann L. & Piedfort-Marin O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: concepts and principles. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 11-17.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M.J., Korf, J., Willemsen, A.T.M., den Boer, J.A. (2013). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20 (4), 2119-2125.
- Reinders, A.A.T.S., Willemsen, A.T.M., Den Boer, J.A., Vos, H.P.J., Veltman, D.J., & Loewenstein, R.J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: a PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223 (3), 236-243.
- Schlumpf, Y.R., Nijenhuis, E.R.S., Chalavi, S., Weder, E.V., Zimmermann, E., Luechinger, R., & Jäncke, L. (2013). Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: an fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54-64.

Schlumpf, Y.R, Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Luechinger, R., van Osch, M.J.P., et al. (2014). Dissociative Part-Dependent Resting-State Activity in Dissociative Identity Disorder: A Controlled fMRI Perfusion Study. *PLoS ONE*, 9 (6). e98795. doi:10.1371/journal.pone.0098795

Shapiro F. (2006). *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*. Paris : InterEditions.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6, 162-180

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles : De Boeck. Version originale (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York : Norton.

Ce travail n'a fait l'objet d'aucun financement.

L'auteur déclare d'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Research Paper

When the therapist's traumas emerge in a psychotherapy session: The use of trauma-related countertransference



O. Piedfort-Marin^{a,b,*}

^aUniversity of Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360, Metz, France

^bInstitut Romand de psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:
Received 30 September 2018
Received in revised form 22 May 2019
Accepted 24 May 2019

Keywords:
Countertransference
Trauma
Dissociative disorder
Psychotherapy
Theory of the structural dissociation of the personality
Mirror neurons

ABSTRACT

Introduction. – Trauma therapy implies that therapists work with patients who have experienced difficult and often horrific experiences of violence and neglect. Therapists are not spared from traumatic or adverse experiences, which may impact them in their lives and in their work with trauma patients. *Objectives.* – This paper addresses trauma-related countertransference and how therapists can use their own trauma-related activation to understand therapeutic processes and eventually release such processes when blocked.

Method. – We present two case studies. The first one illustrates the activation of a dissociative part of the therapist's personality. The second one illustrates the activation of remaining traces of an integrated emotional part of his personality.

Results. – Detailed descriptions of therapy sessions illustrate how countertransference may provide the opportunity to learn more about the patients' issues and how specific interventions based on trauma related countertransference may be a powerful tool in trauma therapies.

Conclusion. – The emergence in therapists of patients' traumatic material may not be due solely to empathy but also to therapists' own traumatic or adverse experiences, which are activated in the we-centered, shared space of therapy and which may be mediated by the mirror neuron system.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

The effects of the work with severely traumatized patients on psychotherapists was first described by Ferenczi at the beginning of the 19th century, then later in the 1990s when a growing interest emerged for dissociative disorders and other complex trauma-related disorders (Herman, 1992; Kluft, 1994; Phillips & Fredericks, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995). These experts agree that working with trauma patients does affect therapists, and as a result the therapy is affected in turn. More recently, Cohen and Collens (2013) provided a metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. From the studies they analyzed, it emerges that professionals working with traumatized individuals present a large array of somatic and emotional reactions, and that these reactions have an impact on psychotherapists and other professionals. They also discovered that only five studies target the usefulness for therapists or counselors of engaging in a psychotherapy in order to overcome the burden of their work with trauma patients and possibly explore their own traumas.

Therapists' reactions to their clients' trauma histories should therefore be addressed either in the context of the patient's treatment, in consultation, or in the therapist's own therapy. Except in the secluded and protected area of consultation (mostly in an individual setting), such issues are seldom addressed in conferences and in the scientific literature. Research tends to focus increasingly on objective data – if such a thing exists – while ignoring the subjective phenomena occurring between two individuals in the unique therapeutic relationship and omitting it from the international literature. Because complex cases challenge therapists even more – as psychotherapists and as human beings – subjective phenomena may have a greater effect on such treatments than is the case for simpler cases such as post-traumatic stress disorder (PTSD).

The aim of this paper is to address some of the subjective and inter-subjective phenomena occurring in the treatment of severely traumatized individuals. More precisely, we will focus on specific reactions of the psychotherapist, namely when the clinician presents trauma-related symptoms during therapy sessions. When such phenomena occur, the therapist can use them for the benefit of the treatment (Kluft, 1994). To illustrate our view, two clinical cases will be presented, and more specifically key moments of the therapy. In the first case, a dissociative part of a therapist is activated in the therapy session of a patient with dissociative identity disorder (DID). In the second vignette, elements

of an (a priori) integrated dissociative part of the therapist emerges during a session with a traumatized patient. These vignettes will illustrate how to use such reactivations in the treatment of traumatized patients.

Our clinical work in this matter is defined by certain theoretical concepts. We will first present the concept of countertransference that helps to define the phenomena occurring within the therapist. Our work is to be understood within the conceptual framework of the theory of the structural dissociation of the personality (TSDP; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) and its further development (enactive trauma therapy; Nijenhuis, 2015b, 2017). The concept of person perspective is helpful in analyzing the phenomena occurring in both patient and therapist, and as a result in the relationship between these two individuals.

2. The concept of countertransference

The concept of countertransference was first mentioned by Sandor Ferenczi (1909/1916) who developed interesting ways to use countertransference with trauma patients. Ferenczi (1988) considered that using countertransference offered new and rich possibilities to psychoanalysis, especially when working with trauma patients, as he was going back to the traumatic origins of psychopathology. He developed techniques using countertransference and even tried "mutual analysis", having the patient perform the analysis of Ferenczi when some of his own issues emerged in a therapy session with this patient (Ferenczi, 1988). Later on, he discovered the limits of this method.

The definition of countertransference has evolved over time. Freud defined countertransference as "the unconscious, conflict-based reactions [of the therapist] in response to the patient's transference" (as summarized by Hayes, 2004). This narrow definition probably corresponds to the fact that Freud considered countertransference to be a problem that analysts should overcome through personal analysis; only transference (and not countertransference) was to be used in psychoanalysis. Since then, the definition and the use of countertransference has been expanded in the influential work of Paula Heiman (1950) and Heinrich Racker (1957, 1968). Heiman's definition is broader: it includes all therapists' reactions to the client, unconscious and conscious, in response to the client's transference, but also in response to any other material.

Both Heiman and Racker introduced a radical change in psychoanalysis, by considering countertransference as the main working tool of the analyst and also as a better way to explore the client's unconscious. Later, Gelso and Hayes (1998) made adjustments to this definition by focusing more on the therapists unresolved conflicts as the main source of their reactions to clients, and therefore attributed a key role to the clinician's responsibility in the intersubjective phenomena occurring during psychotherapy. The latter definition is particularly in line with Ferenczi's pioneering work. Pearlman and Saakvitne (1995) made a major contribution in the understanding of countertransference when working with incest survivors. Their work is also useful for patients with complex trauma-related disorders who did not experience incest but other types of intrafamilial violence or repeated extrafamilial sexual violence. They consider two main components of countertransference: (1) "The affective, ideational, and physical responses a therapist has to her client, his clinical material, transference, and reenactments, and (2) the therapist's conscious and unconscious defenses against the affects, intrapsychic conflicts, and associations aroused by the former" (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 23).

Countertransference allows information to flow from the patient to the therapist, especially when patients have been traumatized early in life. The sharing and transmission between human beings of implicit, sensorimotor, and often prelinguistic material – as observed in countertransference – may be explained by the theory of mirror neurons (Gallese, Eagle, & Miggone, 2007; Gallese, 2009). Therapists who 'receive' certain types of information through countertransference (possibly mediated by mirror neurons) may use this to help clients become aware of previously unconscious or dissociated affects, thoughts or conflicts; countertransference offers an opportunity to understand underlying therapeutic processes that need to be released and may be released through verbal interventions (Kluft, 1994, p. 146; Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 23). Particularly in the case of patients with a complex trauma history, the transmission of information through countertransference can sometimes be difficult to understand quickly enough and therapists may realize too late that they have missed the right interventions (Kluft, 1994). Countertransference also occurs in psychotherapy approaches that are considered as particularly technical, for example EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 2017) (Piedfort-Marin, 2018).

Another therapeutic intervention in line with such an understanding of countertransference is that of disclosure. A therapist may disclose a specific own issue when this issue blocks the therapeutic process and when the disclosure may release the process. In some cases, it is beneficial for the patient if the therapist takes responsibility for such a blocking of the therapeutic process (Pearlman & Saakvitne, 1995; Dworkin, 2005). Disclosure is of particular interest to trauma therapists, who have their own traumas or issues activated while working with traumatized patients. This implies that the therapist notices his/her own activation and understands it as such. In such cases, the therapist should not reveal much about this activation but only what is necessary for the patient's therapeutic process to be released (Steele, Boon, & Van der Hart, 2017). The formulation of disclosure is a very sensitive issue and it is essential that the therapist be very careful in his/her formulation and choice of words. Disclosure is not meant to bring relief to the therapist, but to the patient.

Working with patients with complex PTSD or dissociative disorders is a challenge. Furthermore, therapists may have to deal with the activation of their own issues and traumas, and sometimes with the activation of dissociative parts that may have remained dormant until meeting with a particular patient. These phenomena have an impact on the psychotherapy, on the relationship between the therapist and the patient, on the choice of interventions, etc. This is why they should be given due consideration.

3. A conceptual framework: the theory of the structural dissociation of the personality

3.1. The general concept of the structural dissociation of the personality

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP) was developed by Van der Hart, Nijenhuis and Steele (2006) based on the seminal work of Pierre Janet. It postulates that, confronted with traumatizing events and in absence of sufficient integrative abilities, an individual's personality will divide itself into several dissociative parts, failing to develop an autobiographical narrative memory of this or these event(s) in the person's life. These dissociative parts are of two main natures. The apparently normal part of the personality (ANP) is primarily mediated by action systems directed at dealing with daily life. The emotional part of the personality (EP) is primarily mediated by defense action systems such as fight, flight, feigned death, submission, hypervigilance, and

attachment action sub-systems such as attachment cry. EPs are fixated on traumatic elements. The ANP engages in avoidance of the EPs that might regularly intrude into the ANP in different ways. Both the ANP and EP(s) constitute the whole non-integrated personality. The TSDP aims to explain and to conceptualize trauma-related disorders such as PTSD, complex PTSD, dissociative disorders, but also other trauma-related disorders. Problems occurring in apparently symptom-free individuals who may have an EP which they avoid in such a way that they do not realize the problem, and even less its trauma-related origin, are less acknowledged. In such cases, the EP may be called dormant, since it does not result in symptoms or serious problems, but sub-clinical symptoms or issues that cannot be categorized as pathologies may be noticed when carefully and thoroughly investigated. This may be the case for trauma therapists whose work with specific (types of) patients may activate a dormant EP.

3.2. Defining dissociative parts with the concept of person perspective

The definition of EPs has been subject to discussion (Ross, 2013, 2014; Nijenhuis, 2015a). We adhere to Nijenhuis' definition (Nijenhuis, 2015b) since it helps to differentiate dissociative parts from other phenomena (e.g., modes of longing and striving, effect of meditation, etc.). According to Nijenhuis (2015b), an EP, to be considered as such, should have at least a first-person perspective (FPP), even if only rudimentary. This means that this entity has "the phenomenal experience of being an 'I' with bodily feelings, emotions, perceptions, and thoughts" (Nijenhuis, 2015b, p. 86). In this sense, EPs have a self-conception that may be quite different from the self-conception of the ANP or other EPs. The quasi-second-person perspective (QSPP) relates to the relationship "I-me" or "I-my arm", that is to "the phenomenal experience and conception of ownership and agency" (Nijenhuis, 2015b, p. 87). In other terms, once more according to Nijenhuis, the QSPP is a judgement of one's phenomenal experience. The second-person perspective (SPP) relates to the relationship "I-you". It implies engaging in a relationship with another person or dissociative part and also a phenomenal judgement of the other (Northoff, 2003). Finally, the third-person perspective (TPP) relates to the "I-he/she" relationship. Instead of a *phenomenal* judgement as in the QSPP and SPP, the TPP implies a *physical* judgement from the judging subject towards another subject that is consequently considered as an object, which is then analyzed outside of any SPP.

These different person perspectives are useful in exploring the degree to which an EP relates to itself and to other dissociative parts or individuals. They allow for a precise understanding of the EP's degree of development. Furthermore, person perspectives can be a tool to analyze interactions between human beings.

3.3. Using the person perspectives to analyze countertransference

The concept of person perspective is therefore helpful in analyzing the therapeutic relationship and in particular the countertransference of the psychotherapist. In this regard, the first-person perspective concerns the immediate sensation of the therapist: sensorimotor sensations and reactions, emotions and thoughts. The quasi-second-person perspective concerns the relationship between the therapist and his/her immediate phenomenal experience (sensorimotor sensations, emotions and thoughts). The second-person perspective relates to the relationship between the therapist and the patient. Finally, the third-person perspective concerns the theoretical views, understanding, hypothesis or other analysis of the therapist regarding the patient and the therapeutic process. In the third-person perspective the patient is then considered, not as a person with whom the therapist is in a unique relationship, but as an object of study, with the risk of avoiding the first-person perspective and the second-person perspective. Ideally, as therapists, we should be able to be aware of all perspectives. Indeed, we are human beings with immediate reactions that can hardly be controlled, working in close relationship with our patients. We are also professionals who have learned concepts and theories that we try to use in our work for the benefit of our patients. These different layers often make our work challenging.

Because of their continuous hypervigilance, severely traumatized patients notice the therapist's reactions and react to them before the therapist can be aware of them. In my own case, being trained in using the person perspectives and taking into consideration the action systems that are activated within me while working with patients has made me more aware of my own reactions in the therapeutic relationship. I could then better understand my reactions and correct them as the therapy required. I notice in trainings and consultations that we therapists tend to focus on the reactions of the patients, sometimes in a defensive manner, and gloss over our own reactions that are nevertheless a rich source of

information. Therapists indeed have the difficult task of understanding and discriminating the phenomena they observe and experience in the therapeutic relationship. Using the person perspectives may enable the analysis of countertransference in a structured manner. This gives therapists a more solid foundation for conceptualizing transference and countertransference, which are subjective and intersubjective.

When therapists have a structural dissociation of the personality, they also have the first, quasi-second, possibly a second, and eventually a third person perspective of their related EP(s). This definitely make their work even more complex and difficult. If such therapists in their ANP 'successfully' avoid their EPs, they may never become aware of their structural dissociation. When their EPs are triggered by their patients' stories, traumas or symptoms, therapists in their ANP may also avoid these triggers to better evade their own EPs, the related traumatic material and their actions. Other therapists with a structural dissociation may notice that "something is going on" while working with a patient or outside of their office and look for consultation or therapy. In this paper, we will illustrate our views with clinical vignettes analyzed using the concept of person perspective.

4. A dissociative part of the therapist emerges in the therapy with a DID patient

This vignette presents the case of a therapy session of a male therapist and Mrs. A., a 50-year-old patient with dissociative identity disorder (DID) and borderline personality disorder in partial remission at the time of this session. She was regularly sexually assaulted by her father (who had a dramatic alcohol dependency) from the age of two until adolescence. Her mother severely neglected her and left her in the "care" of adolescent au pair girls. The au pairs changed every six months and did not even speak the language when they arrived in the family. At times, there was also physical violence from her brothers. Mrs. A. has been her therapist's patient for many years. A very long phase of stabilization has greatly improved a severe borderline disorder and reduced some of her numerous symptoms. She is unable to work and daily activities are very limited. At the time of the session we will describe, Mrs. A. is in a phase of integration of traumatic memories and the related EPs. She switches regularly, in particular when EPs transmit elements of the traumatizing events which the patient is avoiding. She has two weekly sessions with her psychotherapist to address the dissociative

disorders and related symptoms. She also has one weekly session with a psychiatrist who supports her in her daily difficulties.

At the time of this session, the psychotherapist was attempting to understand why he felt more comfortable touching male patients than female patients when this was needed for therapeutic purposes. Touching patients in this case means holding a hand or placing the hand between the back of the shoulders of the patients when they need support, for example when dealing with difficult elements of a traumatizing event. It is often advised not to touch patients who have been sexually molested since this could trigger traumatic memories, especially if the therapist is a male just as the molester was (Phillips & Frederick, 1995). But touch has also often been lacking in the (early) life of such severely traumatized individuals: the mother may have neglected them, not provided adequate physical care, or not comforted the molested child. The need for emotional support through physical care and touch was present – as a psycho-biological need – but never satisfied. Later in adulthood, the need for physical care or contact is avoided but still needed.

Furthermore, while watching videos of his sessions with Mrs. A. during consultation, the therapist realized that he had a certain emotional distance from the patient, and he wondered why. He was also seeing a therapist with whom he was working on early attachment issues.

During the session prior to the one we will describe, the therapist fell asleep for a second while in interaction with Mrs. A. as an EP fixed on a traumatizing event from childhood. The EP noticed this right away and asked: “Are you falling asleep? Is what I’m saying boring you?” The therapist apologized immediately. Later that day, the patient in her ANP phoned the therapist and asked, outraged, if it was true that he had fallen asleep during her session. At that moment the therapist was still wondering what had happened. He acknowledged the fact, apologized and said this was the sign of something constructive that therapist and patient still had to discover. He had never experienced this with this patient in the many years of therapy with her. He had encountered all known EPs of Mrs. A. and never had such a reaction. He concluded that something unconscious had been activated by the session with this patient, her material or one of her EPs. That is, one of the therapist’s EPs might have intruded on the therapist’s ANP. Here are excerpts of the transcript of the next session that was filmed.

PATIENT: *I thought to myself, it is as if my therapist were behaving in the same manner as me: 'I don't want to hear, I don't want to see'. And I told myself: if my therapist acts like me, it won't work. But this is in my own words. This destabilized me a little.*

THERAPIST: Yes.

At this moment the therapist realizes (FPP) that his reaction (falling asleep) during the last session had something to do with his own mother, even though he does not know what exactly in that precise moment. In other words, he realized that he has an EP fixated on an unknown situation related to his mother. Still unsure what kind of situation this may be, he reflects on possible links with issues emerging in the patient's therapy over the course of the last weeks (TPP) and addresses the issue in a broad, open manner (SPP):

THERAPIST: *I believe that the issue of the mother is an important one. This is what the part brings with her.*

PATIENT: Yes. *Do you think this is the same part?*

THERAPIST: *I don't know.*

PATIENT: *You don't know.*

THERAPIST: *One part brings the issue with the mother.*

PATIENT: Yes.

THERAPIST: *One part brings out the issue of people leaving, going away, disappearing. (Patient nods). One doesn't know whether they will come back. (Patient nods). This issue relates to many people.*

PATIENT: Yes.

THERAPIST: *The mother, the father, the older brother, the younger brother, me. (Patient nods).*

The patient stares at the therapist carefully (SPP), then:

PATIENT: *Are you ok?*

THERAPIST: *Why are you asking me this question?*

The patient has noticed in the therapist something that he has not yet been aware of. He is destabilized and reacts in a defensive manner. In other words, the therapist in his ANP is avoiding the intrusion of an EP of his own.

PATIENT: *Well I don't know, I see that you are not well.*

The therapist then reflects on his sensations and feelings, exploring his FPP, and notices that the patient is right (QSPP then TPP). He decides to acknowledge the patient's observation (SPP). The perceptions of severely traumatized patients have often been disregarded by parents or other family members. Therefore, it is essential that therapists acknowledge their patients' observations and perceptions, which is an ethical necessity (TPP) and reinforces the relationship (SPP) between therapist and patient.

THERAPIST: *Yes, yes I think I am discovering right now with you what happened yesterday.* (FPP then SPP).

PATIENT: *And I have the feeling that this is difficult for you.* (FPP and SPP).

THERAPIST: *It is difficult for me, as it is for you, because I think it is the same difficulty ... The difficulty of the relationship with the mother.* (QSPP, then SPP, then TPP).

Patient nods and stares at the therapist. The therapist does not want to be considered as the only one to have pain, probably because he is right now discovering something difficult in himself and needs some distance for his own sake (QSPP), and also because his suffering is much less severe than his patient's (TPP). He also does not feel he has the right to take up so much space in the patient's session (FPP, SPP and TPP). What is most important, however, is that the therapist in his ANP is getting closer to his EP that had emerged during the previous session. The therapist is looking for the right words but feels like using images rather than words.

THERAPIST: *This need to* (the therapist mimes pushing someone away) *and at the same time the need to* (the therapist mimes being close in the arms of another person) *as should be the case with a mother.*

(Silence)

THERAPIST: *What is happening? Your shoulders are very tense.*

PATIENT: *I am holding back my tears a little bit.*

THERAPIST: *You are holding back yours tears a little bit.*

Silence. The therapist reflects on a feeling he has (FPP and QSPP) then elaborates a question (TPP) that should reinforce the relationship (SPP).

THERAPIST: *Are you holding them back for yourself or for me?*

PATIENT: (makes a funny face then, embarrassed) *For you.*

THERAPIST: *This is thoughtful of you.*

The patient then tells the therapist that one of her younger brothers cannot bear to touch their mother and at this moment the therapist becomes even more aware that he feels the same way about his own mother (FPP and QSPP). The therapist is then even closer to his EP that had emerged the previous session. He subsequently chooses to share this information with the patient. Even though this moment of psycho-education is an avoidance behavior, it gives him a moment to breathe and is useful to the patient. It is a less emotional moment for the therapist, which gives him the opportunity to regain his composure.

THERAPIST: *In adult language, we would say that your father was abusive and that your mother neglected you.*

PATIENT: *Yes.*

THERAPIST: *But neglect is mistreatment.*

PATIENT: *Yes.*

THERAPIST: *Just as in the case of sexual abuse. Both are forms of mistreatment.*

PATIENT: *Yes. This issue about touch ... I always wonder about it.*

The patient comes back to the core issue of the session. The therapist follows the patient and, using his own realization (FPP and QSPP) of the disturbing event(s) that his EP is/has been fixated on, and his knowledge of the patient's issue (TPP), he makes the following intervention:

THERAPIST: *It is not the same when a mother touches her child, when the relationship she has towards her child is one where she considers her child as a full-fledged human being in his or her own right, or when a mother touches her child when she considers her child as her object, her child.*

PATIENT: *That's for sure.*

THERAPIST: *This is not the same thing.*

PATIENT: *No.*

THERAPIST: *And the child feels it. I am convinced that children feel such things very early in life.*

After a silence the therapist realizes why it has been difficult for him to offer his support to Mrs. A. through the use of touch and he understands why it is difficult for him to offer physical support to female patients (FPP and QSPP). His latest interrogations and reflections on his recent consultation suddenly fit together with the last session and the current one. He decides (TPP) to use disclosure (FPP and QSPP) and to acknowledge his own responsibility in the blocking of some core therapeutic processes in this treatment (SPP).

THERAPIST: *And I would like to take the opportunity to apologize for something you may not have noticed and which I am trying to improve. Touch: I often propose my touch as a means of support and I feel I don't really know how to touch you, how to offer you my touch, because I myself don't really know what is a good tactile relationship with a mother.*

Patient nods.

THERAPIST: *So, if I am awkward sometimes, this awkwardness has nothing to do with you.*

The aim of taking responsibility is to free the patient from issues that are related to the therapist. This emotional frankness is something that incest survivors have rarely experienced and therapists can be a role model here and show their patients what a healthy relationship is.

PATIENT: *I don't find you awkward because you leave me my freedom.*

The patient is mixing her need to be free (QSP), indeed a very important need for an incest survivor, and the FPP of the therapist.

THERAPIST: *Yes, from a technical perspective, I am doing things right. I allow you to be free and master of the situation; we do things at your pace, as you feel it. But I happened recently to tell myself: if I am uncomfortable, then perhaps you feel this on the inside.*

Patients nods with a questioning face.

PATIENT: *And maybe by having addressed this here, maybe this can help on the inside. Perhaps you don't notice, but maybe you feel it on the inside.*

Patient nods. The therapist has addressed the patient's EPs. It is indeed while confronted to the patient's EP that the therapist has been severely intruded upon by an EP of his own (even if only for a very short moment).

THERAPIST: *How do you feel now?*

PATIENT: *I'm OK. A lot of emotions today. [...] With what you were saying and what I was seeing ... I try to find the right words ... No words are necessary, I would say.*

THERAPIST: *Yes, I understand. ... Some things don't need to be expressed in words.*

At this moment the relationship between patient and therapist is excellent as both are attuned to their respective FPP and QSP as ANP. It is important to notice that the patient did not switch and did not experience an intrusion of one of her numerous EPs during this session, and the therapist experienced no intrusion from his EP that had intruded upon him in the previous session.

During the next session, while doing some integration work again and progressively exposing the ANP to traumatic material transmitted by an EP, the patient in her ANP was able to weep in the arms of her therapist, something she had never been able to do until that moment. She was crying about the terrible things her father did to her, personifying having been an unprotected, abused child. The therapist felt much more comfortable with her, was able to offer his supporting touch with more ease and also without protective defensive distance. This was possible because he had previously been able to (at least partially) integrate his EP fixated on disturbing moments with his mother. The session that we just described was indeed a breakthrough in the therapy.

In this case, an EP of the therapist was triggered in a session with this DID patient. Later in his psychotherapy, the therapist also analyzed what had occurred more precisely. He had in fact an EP fixated on specific situations with his mother. He discovered in his therapy that, based on early traumatic events, he had learned from experience that sleeping was an efficient way to avoid things that were too overwhelming for him as a child. When he fell asleep in the session with Mrs. A., this was in fact an EP resorting to its usual behavior when facing an overwhelming situation: sleeping. This EP was indeed being triggered by the patient's issue: namely, being treated as an object by the mother. The therapist in his ANP had not yet integrated this EP and the related issue that he had avoided until now. Both situations were not to be compared in terms of severity, but they shared a common theme.

The techniques used by the therapist were (1) the understanding of his countertransference as a transmission of the patient's dissociated issues, (2) disclosure and (3) taking responsibility for the impact of his own issues on the therapy. This vignette illustrates how the emergence of a therapist's EP (or in other words: the activation of a traumatic memory) during a session can be used to discover a problem in the patient and in the therapeutic process, and how it is possible to solve it.

5. An integrated trauma of the therapist emerges in a session with a patient with complex PTSD.

The second clinical vignette illustrates how a patient's trauma may activate a therapist's (a priori) integrated trauma. We hypothesized that "traces" of an

integrated trauma may still be activated within the therapist when confronted with a patient's trauma that has similarities with the therapist's integrated trauma. The empathic and compassionate engagement occurring in the therapy, involving the mirror neurons, may explain such phenomena.

Mrs. B. is a 30-year-old female patient who was raped by two men when she was 18 years old. She has also experienced sexual molestation during her childhood. These childhood traumas have been integrated successfully with EMDR (eye movement desensitization and reprocessing; Shapiro, 2017). A previous therapy with another therapist allowed the patient to develop a good affect regulation. She has a good job, is married and has a child. She has been in therapy with her present therapist for 6 months. The patient wished to integrate the trauma of the rape with EMDR. At the beginning of the session in which the work was planned, the client says that she feels sad, angry and hopeless. Upon hearing this, the therapist feels a pressure in his chest (FPP), which he defines as anxiety (QSPP). A little surprised to feel these unusual and uncomfortable sensations and emotions, he reflects briefly on how to use this in the relationship with his client. He decides to stay as close as possible to his sensation (concentration on his FPP) while still using it in the therapy (TPP). This leads to the following question (SPP):

THERAPIST: *How is your breathing?*

PATIENT: *The breathing is short. There is fear as well.*

The therapist concludes that they are attuned, that his feeling and sensation correspond to some of the client's material. At that moment, he sees an image (FPP) that came up in his own therapy a few years earlier (QSPP). At that time, he had gone back to therapy to work on a situation of sexual molestation, which occurred when he was a child. This situation was regularly triggered by clients' histories. While integrating this event into his own therapy, at some point an image appeared: he was in front of the door of the apartment where the molestation occurred and he could not leave the place, feeling torn between staying and leaving. It is that same image which appears at this very moment while working with Mrs. B. Again, surprised that this image appeared to him in this context (QSPP), he allows himself some time to reflect (TPP) and follows up with what the client had just said (SPP).

THERAPIST: *What is the fear connected with?*

PATIENT: *Right after the rape, I have to get up. Either I stay there, and I die psychologically, or I stand up and I face all I have to endure.*

The therapist then reaches a better understanding of the connection between his own image and the client's material that is coming up (FPP and QSPP): feeling torn between staying and leaving. He tries the following intervention based on his countertransference (FPP) and on what the client has just said (SPP).

THERAPIST: *It can feel scary to leave the place.*

At this moment, he feels that his plexus is more relaxed. When therapists use their disturbing sensations, emotions, images or thoughts brought up in the countertransference, then the disturbing material suddenly disappears or significantly reduces in intensity.

PATIENT: *Yes. How can one get back to life after that? If someone can do that to me, this means that I am nothing. Only that 'thing' on the floor.*

At this moment the therapist considers (TPP) that the client is confronted with very difficult material. The client has talked about herself as "that thing". He therefore feels (FPP and SPP) that she should be brought back to humanity, so to say.

THERAPIST: *What does this young girl on the floor need?*

PATIENT: *She needs someone to take care of her and she needs to be washed.*

The therapist finds this answer is going in the right direction (TPP), but he feels (FPP) that the client in her ANP seems to be avoiding something important. After a brief reflection on his FPP, he considers that Mrs. B. in her ANP may be avoiding the lack of comfort she experienced in the immediate situation and later, after this severe sexual assault. He therefore proposes the following intervention:

THERAPIST: *Maybe she needs someone to hold her in the arms, to be taken back into the world of humans, from which the aggressors wanted to take her?*

PATIENT: Yes.

With this intervention the therapist addresses the double issue: the rape was dehumanizing and there was a clear threat to life. The therapist guides the client in a hypno-imaginative exercise where the young girl that is hurt on the floor (that is: the EP) is brought to an imaginary safe place. Her pain is acknowledged, and she is comforted by imaginary beings (Reddemann, 2011; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016).

PATIENT: *One girl stands up but another stays on the floor.*

The client discovers a double dissociation: not one but at least two EPs have emerged from this situation. This once again resonates with the therapist's trauma (FPP, QSPP) and his next intervention takes this into consideration (TPP, then SPP).

THERAPIST: *Maybe she needs someone to sit with her on the floor?*

PATIENT (cries): *This hurts.*

THERAPIST: *Yes, this hurts. You are feeling her pain.*

Here the therapist reinforces the process of personification by acknowledging the pain with compassion (FPP and SPP).

PATIENT: *There is a part of me that is still there. But I feel calmer now.*

The session comes to an end and Mrs. B. is indeed calmer and has the impression she has learned a lot.

This session is an example of how therapists' (a priori) integrated traumas can still be activated by their patients' traumas and how therapists can use the sensations, emotions, thoughts or imagery which emerge in themselves. In this case, the therapist used observations on his first-person perspective as information about the patient's process. He took time to understand how this could relate to the patient's trauma and therapeutic processes (TPP) before using

these elements therapeutically (SPP), that is, to help the patient go forward in the integration of her EPs. By doing so, he reinforced the therapeutic relationship (SPP), which helped the patient with the hard work of (partial) integration. He was able to help Mrs. B. in this process even more because he himself knew how hard it was (FPP and QSPP). When the patient was crying and complaining of pain, and the therapist replied “yes, it hurts”, he was able to empathize with Mrs. B., and we hypothesize that the patient may have felt that the therapist is familiar from personal experience with this kind of pain. Indeed, when the therapist replied “yes, it hurts”, he was not in a TPP, that is, repeating something he had learned in a book or in a seminar. He was saying this in a FPP, which the patient might have felt in her FPP, and this reinforced the SPP. This is generally helpful for the hard work of integration. Saying “yes, it hurts” in a TPP might seem less sincere to patients and as a consequence they might feel less accompanied by their therapists, leading to increased avoidance tendencies in the integration of traumatic memories.

At the end of the session, asking the patient what she had found useful in this hour, Mrs. B. replied that what was particularly helpful was the therapist’s intervention, “*It can feel scary to leave the place*”. She was in fact intrigued by this choice of intervention from her therapist. What may have intrigued her was her impression that the therapist had understood her inner conflict before she did, and this intervention from her therapist enabled her to gain access to it herself. In this clinical vignette, the techniques used by the therapist are different from those used in the previous vignette. There was no disclosure on the part of the therapist, but the use of the emergence of trauma material for the understanding of what was occurring in the patient. Verbal interventions, mostly in the form of questions or propositions, did not include disclosure of the therapist’s experiences but took them into consideration. The therapist noticed his FPP and QSPP, made use of them in a TPP, then in a SPP with the patient. This is in line with the proposition made by Pearlman and Saakvitne (1995, p. 23) that in trauma therapies clinicians can use their countertransference to help clients become aware of previously unconscious or dissociated affects, thoughts or conflicts, thus releasing the therapeutic process.

Much later, as he was reflecting on this important session, the therapist considered that what had been triggered in him in this session might be some limited material that had not been completely synthesized in his own therapy. It is indeed difficult to know for sure if a traumatizing event has been completely

synthesized and if the related EP has been fully integrated in the individual's personality.

6. Discussion and conclusion

Trauma therapists hear terrible stories from their patients. In their contact with their clients, they are in close contact with the patients' intense emotions and perceptions, surprising sensorimotor reactions, negative thoughts, and images of horrific events. This cannot leave therapists unaffected. In fact, in its description of PTSD, the DSM-5 (APA, 2013, p. 271) lists among possible events leading to PTSD (Criteria A) the experiences of "repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse)." This definitely concerns psychotherapists, in particular trauma therapists.

There are three different types of post-traumatic symptoms (WHO, 1992): (1) intrusion of trauma-related elements, (2) avoidance of trauma-related stimuli, and (3) neuro-physiological activations. In their work, therapists may be more aware of intrusions and neuro-physiological activations they may have than of avoidance symptoms. Defensive reactions on the part of therapists may help them avoid intrusions of trauma-related materials or lead them to misinterpret them. In the first clinical vignette, there was a moment when the therapist was defensively avoidant of his own trauma-related emotional and sensorimotor reactions, but the patient was able to notice this.

In trauma therapies certain elements of clinicians' countertransference may be unconscious, or dissociated trauma material originating from the patients (Kluft, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995; Steele et al., 2017). When their integrative abilities are insufficiently developed and they face a traumatic event, individuals may divide themselves into an ANP and one or more EPs. With time and increased avoidance tendencies, the ANP has little access to the EP and may not even be aware of it. But the trauma material contained by the EP needs to be transmitted, so to say. It is usually transmitted through symptoms: for example, when a patient experiences anxiety, nightmares, an anger crisis, involuntary movements, flashbacks, etc. We propose that trauma material may also be transmitted from the patient to the therapist via intersubjective phenomena that can occur outside of conscious awareness, as we will discuss later.

A therapist may notice a specific sensation, emotion, image or thought that he or she believes is related to the patient. It is then possible to use these elements in a verbal intervention that will help the patient gain awareness of them and connect with these previously unconscious or dissociated elements. Countertransference is then a powerful opportunity to understand underlying therapeutic processes, or blockings that can be released with verbal interventions. We believe that the use of countertransference can be part of any therapy, whether systemic or cognitive-behavioral therapy.

It may be easier for some therapists than others to be in conscious contact with their patients' dissociated material. Some therapists may go into a hypnotic trance to better get in contact with the unconscious of the patient (Erickson, cited in Phillips & Frederick, 1995). The clinicians' first-person and quasi-second perspectives are an important source of information for psychotherapists. This source of information has been described since the early days of modern psychotherapy. The first- and quasi-second person perspectives of a therapist in relation to the work of the patient makes each therapy unique.

We recommend that therapists practice awareness of their own sensations, emotions, thoughts and imagery as they emerge (FPP and QSPP). They should then use these observations in an attempt to understand and conceptualize this information (TPP). This may finally lead to a therapeutic – predominantly, but not exclusively – verbal intervention (SPP). We should be aware that the therapist's first-person perspective does not come out of nowhere. Instead, it develops in an embodied relationship with the patient (SPP), and with the environment in a broader social context (TPP; e.g., level of recognition of sexual violence against children in society and in the psychiatric institution where the therapist is working).

There are many ways to train the ability to notice one's sensations, emotions, thoughts and inner imagery – psychotherapy, mindfulness training, meditation, etc. – but some individuals might also open their mind through activities such as gardening or swimming, etc. Therapists should keep an open mind to whatever may emerge (Steele et al., 2017). Psychotherapy – especially trauma therapy – is also an adventure for the therapist.

A challenge remains: how are we to understand such intersubjective phenomena as depicted in the two clinical vignettes presented in this paper and as observed since over a century? Empathy is supposed to play an important role in trauma-related countertransference (Pearlman & Saakvitne, 1995; Bouvier &

Dellucci, 2017). Empathy is defined by Decety (2005) as “the ability to recognize the emotions and feelings of others with a minimal distinction between self and other”. Empathy has emotional and cognitive components. Since empathy develops already in infancy, it is considered that the emotional component of empathy develops first (Decety, 2005). We would add a sensorimotor component that is also developed very early in life.

Is trauma-related countertransference limited solely to sharing trauma material between the therapist and the patient? Or is there more at stake? How can the therapist’s own trauma material be activated simply by being with the patient? Quite frequently, therapists perceive elements of their patients’ traumatic experience, which they consciously and explicitly know nothing about.

The theory of the mirror neurons system (MNS) may disclose new ways of understanding such complex phenomena as trauma-related countertransference and the possibly related empathy, but one must be careful not to oversimplify such complex phenomena for which much research is still needed. Since the discovery of MNS in rhesus macaques (Rizzolati et al., 1996), a growing body of research has shown that MNS is present also in humans (e.g., Iacoboni et al., 2005). When an individual performs a specific action, another individual observing this action will have the same cortical region activated, as if he were performing the same action. This discovery has far more implications than simply understanding how humans learn new movements and actions. MNS is supposed to be involved also in the sharing of emotions and sensations with others. A study by Wicker and colleagues (2003) showed that the same brain areas were activated in human individuals feeling disgust and in those individuals observing the former. Other studies have obtained similar results with emotions, pain and touch (for a review, see Gallese, 2009). Gallese (2009, 2014) developed the embodied simulation theory to explain underlying mechanisms of the MNS. If we take the example of disgust, it can be modeled that the observer is (unconsciously) ‘simulating’ the feeling of disgust experienced by the person he observes. According to Gallese (2009, 2014) this simulation is meant to be embodied. Embodied simulation is then an underlying mechanism which “mediates our capacity to share the meaning of actions, intentions, feelings, and emotions with others, thus grounding our identification with connectedness to others” (Gallese, 2009, p.524). Based on several studies (Umiltà et al., 2001; Kohler et al., 2002), Gallese (2009, p.521) posits that the mirror neurons’ activities do not imply a sole visual description of the observed action made by another individual, but that this

“reflects an internal motor description of the perceived action’s meaning”. The observer must relate to an “internal motor knowledge” to give meaning to the observed action of others. Indeed, perceiving a person’s actions activates neural networks implied in motor action and not merely neural networks implied in perception. This suggests an – at least rudimentary – pre-given internal motor knowledge that may be implicit and prelinguistic (Gallese, 2009). Avenanti, Candidi and Urgesi (2013, p. 156) write of an action observation neural network activated when seeing the action of an individual, which “largely overlaps with the brain network involved in action execution”. Furthermore, MNS is related to an innate tendency to social connectedness which it also enables, and which develops through the development of the infant and child. Humans are defined as social beings – that is, they are constantly in a second-person perspective since birth – and research has shown that even twin fetuses interact (Zoia et al., 2007). Gallese (2009, p. 530) summarizes his model, stating that “we-ness and intersubjectivity ontologically ground the human condition, in which reciprocity foundationally defines human existence”. Following the above arguments, intersubjectivity is viewed by Gallese (2009, p. 523) “first and foremost as intercorporeity – the mutual resonance of intentionally meaningful sensorimotor behaviors”. That is, intersubjectivity is not seen merely as a cognitive process but relies on sensorimotor actions. It is seen as a profound body-centered process since the self develops first of all as a bodily self (Gallese, 2014).

MNS implied in the sharing of emotions and sensations with others allows the understanding of empathy and other relational phenomena observed in psychotherapy.

According to Gallese (2009), “the notions of projective identification and the interpersonal dynamic related to transference and countertransference can be viewed as instantiations of the implicit and prelinguistic mechanisms of the embodied simulation-driven mirroring mechanisms.”

Nevertheless, a question remains: what are the neurophysiological mechanisms related to trauma-related countertransference? I propose that the pre-given, often implicit prelinguistic internal motor knowledge (i.e. specific neural networks) of the therapist activates in the presence of the patient through his or her verbal expressions, paraverbal components, emotions, physical motions, etc. When they are discreet, such elements may occur outside of the conscious awareness of the therapist. In this context, trauma-related neural

networks of the therapist might be activated, either parallelly or directly, since traumatic experiences of the therapist are indeed pre-given knowledge with a strong bodily component. This supports the hypothesis that trauma-related countertransference should be seen foremost as the activation in the therapist of personal experiences, which emerge in contact with the patient and his or her trauma-related material. These experiences of the therapist may not always be highly traumatic, but they may still hinder the therapeutic process, for example by activating the therapist's defenses.

Subjectivity and intersubjectivity are the norm in human behavior and communication. Since psychotherapy is based on communication about behavior and mental actions in general, it can hardly avoid subjectivity and intersubjectivity as the working ground of psychotherapy. Psychotherapy is a singular, we-centered shared space and a unique adventure where both patients and psychotherapists learn about themselves – hopefully for the best when the mutual resonances are adequately understood and used. This paper hopes to create a greater awareness of the practical uses of trauma-related countertransference and the underlying neurophysiological mechanisms which are in much need of further research.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition DSM-5*. Washington D.C./London: American Psychiatric Publishing.
- Avenanti, A., Candidi, M., & Urgesi, C. (2013). Vicarious motor activation during action perception: beyond correlational evidence. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 156-163.
- Bouvier, G., & Dellucci, H. (2017). Les traumatismes vicariants. In C. Tarquinio, M.-J. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann (Eds.) *Pratique de la psychothérapie EMDR*. (pp. 2689-278). Paris : Dunod.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: a metasyntesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth.

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, Vol. 5-6, 570-580.

Decety, J. (2005). Une anatomie de l'empathie. *Psychologie et Neuropsychiatrie Cognitives*, 3,11, 16-24.

Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York: Routledge.

Ferenczi, S. (1916). Introjection and transference. In his *Contributions to psychoanalysis* (pp. 30-80.). Boston: Richard G. Badger. (Original work published 1909).

Ferenczi, S. (1988). *Clinical Diary*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Gallese, V., Eagle, M., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55-1, 132-176.

Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis for social identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 519–536.

Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society* 369: 20130177. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0177>

Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship*. New York: Wiley.

Hayes, J. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on

countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36.

Heiman, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J., & Rizzolatti, G. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLOS Biology*, 3, 529–535.

- Kluft, R., P. (1994). Countertransference in the treatment of multiple personality disorder. In J. P. Wilson, & J. D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 122-150), New York: Guilford.
- Kohler E., Keysers C., Umilità A., Fogassi L., Gallese V. & Rizzolatti G. (2002): Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons. *Science* 297, 846-848.
- Nijenhuis, E. R. (2015a). Boundaries on the concept of dissociation and dissociative parts of the personality: required and viable. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34-1, 55-85.
- Nijenhuis, E.R. (2015b). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 1 and 2*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Nijenhuis, E.R. (2017). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 3*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Northoff, G. (2003). *Philosophy of the brain: The brain problem*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Co.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self. Clinical and Eriksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. New York: Norton.
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles: Satas.
- Piedfort-Marin, O. (2018). Transference and countertransference in EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12-3, 158-172
- Racker, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanalytical Quarterly*, 26, 303-357.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. London : The Hogarth Press.

- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual*. Stittgart: Klett-Cotta Lebel.
- Rizzolatti G., Fadiga L., Fogassi L. & Gallese V. (1996): Premotor cortex and the Recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3: 131-141.
- Ross, C. A. (2013). *Structural dissociation: A proposed modification of the theory*. Manitou Communications, Richardson, TX.
- Ross, C. A. (2014). Unresolved problems in the theory of structural dissociation. *Psichiatria e Psicoterapia* 33, 1, 74-106.
- Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Third edition*. New York: Guilford.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: a practical, integrative approach*. New York: Norton.
- Umiltà, M. A, Kohler, E., Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2001). "I know what you are doing": a neurophysiological study. *Neuron*, 32, 91–101.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula : the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron* 40, 655-664.
- Zoia, S., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., Pezzetta, E., Scabar, A., et al. (2007). Evidence of early development of action planning in the human foetus: a kinematic study. *Experimental Brain Research*, 176, 217–226.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York : Norton.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Editorial

Trauma and the therapist

Le trauma et le thérapeute



O. Piedfort-Marin
University of Lorraine, Metz, APEMAC/EPSAM EA 4360, Institut Romand
de Psychotraumatologie, 1006 Lausanne, Switzerland

E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com

Dans le domaine de la psychotraumatologie, les nombreux concepts, thérapies et techniques relatifs aux traumatismes, ainsi que les récentes études RCT, constituent un vaste domaine de connaissances qui attire l'attention de nombreux cliniciens. Il existe un large consensus (mais pas unanime) sur le fait que la relation entre le thérapeute et le client est essentielle pour une application optimale des techniques, et des directives générales donnent aux cliniciens des conseils sur la manière de développer de bonnes relations de travail avec leurs clients. Néanmoins, ces directives peuvent ne pas aller assez profondément dans la complexité des phénomènes intersubjectifs se produisant dans la relation émotionnellement intime entre le client et le thérapeute. Pourquoi est-ce ainsi ? Sommes-nous trop réservés ? Nous attendons de nos patients qu'ils expriment leurs sentiments les plus profonds et partagent leurs expériences les plus dégradantes. Peut-être pourrions-nous apprendre de leur courage.

La littérature n'a pas suffisamment mis l'accent sur l'effet des thérapies des traumas sur les thérapeutes. Travailler avec des clients traumatisés ne peut laisser personne indifférent face aux vies difficiles que les survivants décrivent. Et la façon dont nous, cliniciens, traitons cette exposition indirecte à ces traumatismes a un effet sur la thérapie, la relation entre le thérapeute et le client et finalement sur le client.

Nous devons également garder à l'esprit que les thérapeutes ne vivent pas sur une planète à part où tous les humains seraient gentils les uns envers les autres. Les psychothérapeutes et autres professionnels de la santé mentale peuvent ne pas toujours comprendre ce que les victimes ont vécu ou la manière dont certaines cultures font face au viol et à la violence. Néanmoins, les thérapeutes et les patients traumatisés vivent dans le même monde et ce monde est loin d'être parfait. Parfois, les thérapeutes ont fait l'expérience d'événements traumatisants. Parfois, ils n'ont pas encore découvert leurs traumatismes amnésiés, ou n'ont pas encore compris le véritable impact de leurs traumatismes sur leur vie et leur travail.

Sandor Ferenczi a probablement été l'un des premiers cliniciens à centrer ses travaux sur les effets du traumatisme et de la thérapie du traumatisme sur le thérapeute, et sur leurs effets en retour sur le processus thérapeutique. Dans le domaine de la traumatisation complexe, la plupart des auteurs reconnus citent les difficultés inhérentes à ces thérapies et la manière dont le transfert et le contre-transfert peuvent favoriser ou freiner le flux de la thérapie. Néanmoins, j'estime que le contre-transfert s'explique mieux par des exemples concrets. Cela implique

que les thérapeutes osent révéler à leurs collègues les expériences de contre-transfert lié à des traumatismes, en utilisant leur cœur et leurs tripes, mais dans un cadre conceptuel défini et suivant les directives éthiques.

Nous ne pouvons pas faire de thérapie des séquelles de traumatismes sans répondre aux questions suivantes : Pourrai-je faire face à ce que le client a besoin de partager avec moi ? Puis-je écouter des histoires aussi horribles ? Puis-je tolérer d'entendre à nouveau une histoire de violence sexuelle que je connais si bien dans ma chair ?

Nous ne pouvons pas faire de thérapie des traumatismes sans connaître nos propres tendances physiques lorsque nous écoutons des histoires de violence ou de négligence : Est-ce que nous nous figeons ? Devons-nous contrôler notre rage intérieure ? Est-ce que nous sentons notre cœur battre plus fort ? Avons-nous besoin de bouger, de faire quelque chose, peu importe quoi ? Pleurons-nous ?

Nous ne pouvons pas faire de thérapies des traumatismes sans connaître clairement nos propres manières de faire face à nos émotions, nos sensations, nos pensées et nos images internes : Acceptons-nous d'être submergés ? Sommes-nous soudainement engagés dans un dialogue interne théorique ? Allons-nous boire un verre ? Ou trop de verres ? Est-ce que nous terminons la séance plus tôt ou beaucoup plus tard que d'habitude ? Commençons-nous à minimiser l'impact de la violence et de la négligence ?

Enfin, nous ne pouvons pas faire de thérapie des traumatismes sans être conscients que nous ressentirons de la douleur, que nous découvrirons des choses sur nous-mêmes que nous ne voulions pas voir, et que ce travail va nous changer.

Ce numéro de la *Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation* a pour thème la personne du thérapeute. La plupart des articles sont basés sur des présentations de la 2^{ème} conférence de l'AFTD (Association Francophone du Trauma et de la Dissociation) qui s'est tenue à Lyon, en France, en mars 2018. « Enfin les orateurs parlent de nous ! » ont déclaré plusieurs participants. En effet, la thérapie des traumatismes est si difficile que nous pouvons avoir tendance à nous concentrer sur le choix de techniques ou de méthodes et à nous engager dans des conflits à propos des concepts, en oubliant trop souvent de prendre soin de nous-mêmes en tant que clinicien et en tant qu'être humain. En prenant bien

soin de nous en tant que thérapeutes, nous augmenterons notre capacité à traiter efficacement nos clients.

« Le traumatisme est contagieux », a déclaré Judith Herman (1992, p. 140). Il peut y avoir différentes manières de décrire l'impact d'un traumatisme sur les thérapeutes. Les travaux de Pearlman et Saakvitne (1995) m'ont beaucoup influencé. Ils donnent une vision complexe mais claire des phénomènes que les thérapeutes spécialisés en psychotraumatologie peuvent vivre dans leur travail : traumatisme secondaire, traumatisme vicariant, fatigue de compassion, contre-transfert lié à des traumatismes. Selon ces auteurs, le traumatisme secondaire se réfère aux symptômes post-traumatiques que les thérapeutes peuvent développer lorsqu'ils sont exposés au récit du traumatisme d'un client en particulier. Figley (1994) nomme ce phénomène fatigue de compassion. D'autre part, le traumatisme vicariant est défini par la transformation négative de la personnalité des thérapeutes lors de leur travail avec des clients traumatisés en général. Cela implique la transformation de leurs croyances à propos d'eux-mêmes, d'autrui et du monde, leurs relations interpersonnelles, leurs besoins psychologiques fondamentaux, leur spiritualité, etc. Ces changements affectent profondément la personnalité des cliniciens, ce qui affecte leur travail en retour. Bien qu'Herman utilise alternativement les termes de traumatisation vicariante et de 'contre-transfert traumatique', il peut être plus clair d'utiliser le terme de 'contre-transfert lié à un traumatisme' et de le définir strictement parmi les phénomènes de contre-transfert (le contre-transfert étant défini comme toutes les réactions, inconscientes et conscientes, du thérapeute face au client, en réponse au transfert du client, mais également en réponse à tout autre élément). Par conséquent, il est utile de comprendre le contre-transfert lié au traumatisme comme l'effet des traumatismes ou des problématiques du thérapeute sur ses réactions face au client, aux symptômes et à l'histoire du patient, etc. Cela a lieu aussi lorsque le thérapeute a une amnésie de certaines expériences traumatisantes ou de négligence, ou lorsque ces expériences sont ressenties comme résolues mais ne le sont pas ou pas complètement.

Travailler avec des clients traumatisés, en particulier des clients présentant un trouble de stress post-traumatique complexe ou un trouble dissociatif sévère, constitue un défi. Selon Pearlman et Saakvitne (1995, p. 281), « le traumatisme vicariant est inévitable ». Par conséquent, nous, thérapeutes travaillant en psychotraumatologie, nous devons nous protéger des éventuels effets négatifs de notre travail. Nous devons apprendre à travailler de manière à prendre en

compte l'effet des traumatismes des clients sur nous-mêmes et notre travail, ainsi que l'effet de nos propres traumatismes et problématiques sur notre travail et sur nos clients. Nous devons apprendre à résoudre les problèmes qui se posent lorsque des traumatismes nous interpellent en tant que thérapeute ou en tant qu'être humain, afin de rester en sécurité autant que possible dans ce parcours difficile qu'est la thérapie des traumatismes.

Dans ce numéro spécial sur « le trauma et le thérapeute », une série d'articles ciblera directement la pratique clinique, grâce à des auteurs qui partagent leurs expériences. La psychothérapie d'un individu traumatisé est complexe par définition. L'intégration dans la conceptualisation du traitement de phénomènes intersubjectifs complexes tels que le contre-transfert lié au traumatisme et le traumatisme vicariant la rend encore plus complexe. Mais éviter cette complexité est un piège dans lequel le patient et le thérapeute risqueraient d'être pris. La thérapie est une rencontre entre deux individus uniques. Par conséquent, réfléchissons ensemble sur qui nous sommes.

Références :

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Co.

3.7. Données cliniques complémentaires sur l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives.

Il y a de nombreuses manières de travailler vers l'intégration des souvenirs traumatiques et des PE. Notre impression est que chaque situation clinique est différente et c'est sans doute la raison pour laquelle il y a de nombreuses méthodes et techniques pour atteindre cet objectif. Il nous semble néanmoins qu'adhérer au concept d'intégration selon la TDSP est aidant et permet de bien structurer les interventions thérapeutiques, quelles qu'elles soient. D'ailleurs Van der Hart et al. (2010) ne consacrent que 20 pages à la phase 2 de la thérapie (résolution de la phobie des souvenirs traumatiques). Ils proposent que la synthèse se fasse de manière guidée, c'est-à-dire que le thérapeute guide le patient dans la synthèse. Cela permet de mieux cadrer le processus pour éviter que les capacités de régulation émotionnelle du patient – dans une PAN ou dans une PE – soient dépassées, avec le risque de déstabilisation ou de retraumatisation.

La synthèse peut se faire sur les principaux noyaux pathogènes d'une situation (synthèse rapide ; Van der Hart et al., 1993), ou de manière fractionnée, c'est-à-dire en ciblant à chaque séance une fraction de la situation (Fine, 1993 ; Kluft, 1999 ; Van der Hart, Steel et al., 1993). Soit une fraction temporelle, soit seulement un aspect sensoriel ou émotionnel ou encore une image, etc. Comme le notent Van der Hart et al. (2010, p.410) « les variations possibles de la synthèse fractionnée sont innombrables. »

Nous allons présenter plusieurs exemples-types de synthèse par des vignettes tirées de notre pratique clinique.

3.7.1. Synthèse guidée avec la technique de l'observateur (Reddemann, 2008)

Reddemann (2008 ; en français : Piedfort-Marin & Reddemann, 2016) propose un protocole de confrontation avec le traumatisme qui est en fait une synthèse guidée structurée de telle sorte qu'on évite un débordement émotionnel. La métaphore d'un observateur intérieur permet une distanciation émotionnelle qui limite les intrusions mais permet tout de même une synthèse intéressante.

Nous allons présenter les différentes étapes de la procédure sous la forme d'un protocole (extrait de Piedfort-Marin & Reddemann, 2016, p. 221-223, avec de légères modifications faites par nous). Puis une vignette clinique illustrera cette procédure.

Protocole du travail de confrontation au trauma avec l'observateur intérieur

- Principes généraux
 - Choix de la situation traumatique dans un setting clairement structuré en vue d'une synthèse du trauma. Clarification du début et de la fin de la situation à retraiter.
 - La patiente a le droit d'arrêter le processus à tout moment (c'est-à-dire si elle ne veut plus continuer. Un « stop » de la part de la patiente veut dire « stop » et doit être respecté).
 - Utilisation de techniques ciblées de distanciation, pour rendre plus supportable ce qui est douloureux (les affects insupportables sur une longue période ne sont ni utiles ni nécessaires).
 - Motiver à une consolation intérieure.
 - Après chaque rencontre avec le trauma, restabiliser.
 - Pré-requis:
Bien connaître l'observateur intérieur ou la partie intérieure qui observe.
Avoir exercé des exercices de stabilisation tels que le lieu sûr (imaginaire) intérieur, les assistants intérieurs, les parents idéaux, et l'exercice du coffre-fort.

- Déroulement de la procédure
 1. Nommer la situation traumatique et l'évaluer (à combien est-elle perturbante sur une échelle de 0 à 10, 10 est extrêmement perturbant et 0 pas du tout).

2. Demander au patient quelle cognition négative commençant par « je suis... » résonne en lui maintenant par rapport à la situation traumatique. Lui demander quelle cognition (positive ou constructive) il préférerait penser de lui à la place (toujours commençant par « je suis ... »). Évaluer le degré de croyance en cette cognition positive : de 1 : pas du tout vrai, à 7 : entièrement vrai.
3. Clarifier si d'autres parties, plus jeunes ou plus âgés que l'âge où le traumatisme que l'on va travailler a eu lieu, sont concernés par ce trauma.
4. Mettre toutes les parties qui vivent ce trauma dans le lieu sûr (imaginaire).
5. La partie de l'adulte (= la PAN) qui éprouve les choses va aussi dans le lieu sûr.
6. Éventuellement, la partie qui prend part au trauma reste là mais très éloignée et regarde de loin (certains patients ont sinon le sentiment qu'ils ne peuvent pas intégrer le trauma).
7. La partie de l'adulte (la PAN) qui réfléchit et agit, ainsi que la partie observatrice travaillent ensemble.
8. La partie observatrice raconte à l'adulte (cf. point 7) ce qu'elle observe, en tenant compte des quatre éléments du modèle BASK (Behavior/comportement, Affect, Sensation, Knowledge/connaissance-Cognition): (1) comportement: ce que fait l'enfant, (2) affects: les émotions qu'il ressent, (3) sensations: les expériences corporelles et sensations de l'enfant, (4) cognitions: les pensées de l'enfant dans cette situation. Par exemple : l'enfant est battu, il reste immobile, il est triste et désespéré, son dos fait mal, il ne sait pas ce qu'il se passe chez son père.
9. La thérapeute invite à une description lente, séquence par séquence, de l'événement traumatique. La description selon le modèle BASK se fait pour chaque séquence. Selon les situations, cela vaut la peine de motiver à des séquences très rapprochées. Cela permet de découvrir parfois des éléments du traumatisme importants pour la compréhension et l'intégration.
10. La thérapeute fait attention à ce que toutes les parties impliquées restent dans le lieu sûr. Si ce n'est pas le cas, on le remarque aux signes physiologiques du patient (signes d'anxiété par exemple) et on devrait l'aborder.
11. Clarifier si la scène traumatique est entièrement retraitée. (En tant que thérapeute on ne peut pas toujours l'évaluer précisément).

12. Lorsque le trauma est retraité, clarifier ce dont la partie blessée (PE) a maintenant besoin et qui peut lui donner (l'adulte ou la PAN, un assistant intérieur, les parents idéaux imaginaires, etc.). Il s'agit de donner de la consolation à la partie blessée.
13. Le thérapeute reconnaît les choses douloureuses vécues à l'époque. Cela peut nécessiter de faire de la psycho-éducation en lien à la situation traumatique.
14. Clarifier ce dont la personne adulte qui vient de travailler durement a besoin comme soutien le jour même. Et comme encouragement, demander au patient de s'imaginer comment va continuer sa journée.
15. Lors de la même séance ou de la prochaine séance, évaluer à nouveau le degré de perturbation. Il devrait avoir baissé au moins un peu. Il n'est pas rare que la perturbation recule fortement. Mais chez les traumatisés chroniques, on ne peut jamais espérer atteindre un SUD de 1 ou 0, sauf s'il s'agit du tout dernier traumatisme que l'on retraite.

Pour illustrer ce protocole, nous présentons une vignette clinique de notre pratique clinique présentée dans le livre de Piedfort-Marin et Reddemann (2016, p. 210-220).

Vignette clinique

Mme Pascale L., âgée de 35 ans, est venue consulter il y a deux ans pour des problèmes d'anxiété et d'estime de soi ainsi que pour une humeur dépressive. Elle a aussi présenté dans le passé des comportements alimentaires problématiques qui se sont amendés spontanément et elle a quelques comportements compulsifs. Mme L. est employée de bureau, mariée sans enfant. Elle a grandi dans un milieu familial chaotique : le père travaillait beaucoup comme représentant et était donc souvent absent, parfois pour plusieurs jours à la suite ; sa mère avait un amant, ce qui fait qu'elle s'absentait souvent de la maison la journée pour le rejoindre. Mme L. est la cadette d'une fratrie de trois. Elle a deux frères de 8 et 10 ans plus âgés. L'éducation était sévère – avec des punitions physiques – envers les frères, mais la patiente en était préservée. Les enfants restaient souvent livrés à eux-mêmes la journée après l'école et Mme L.

était à la merci de ses deux frères aînés qui la maltrahaient physiquement, probablement pour se venger de son meilleur traitement par les parents. Les deux premières années de la thérapie lui ont permis d'améliorer grandement ses capacités de régulation émotionnelle. [...] Après cette phase de stabilisation, Mme L. pouvait bien utiliser les outils qu'elle a développés en séance ainsi que d'autres qu'elle a appris de son côté. Elle pratique ainsi régulièrement le yoga et la méditation. Elle a une bonne capacité de compassion envers elle-même et une bonne confiance dans son psychothérapeute. Elle dit pouvoir ressentir qu'il est à ses côtés, aussi quand il verbalise les choses difficiles qu'elle a vécues. Elle dit pouvoir ressentir de la reconnaissance dans ces moments-là. Malgré ces progrès elle garde néanmoins encore un sentiment de culpabilité, sentiment qui émerge souvent avec des images de situations de violence. Il est alors décidé avec la patiente de retraiter les situations de violence vécues quand elle était enfant. Les pré-requis et indications sont remplis : bonne relation thérapeutique, bonne régulation émotionnelle en séance et en-dehors des séances, bonne capacité d'auto-apaisement. Une séance de deux heures est réservée afin d'avoir le temps de retraiter toute la situation.

Thérapeute : Lors de la dernière séance vous avez dit vouloir travailler sur votre sentiment de culpabilité et que ce sentiment émerge souvent avec des images des violences de votre enfance. C'est bien ça ?

Patiente : Oui, c'est ça. Mais je ne sais pas trop à quelle situation de violence cette culpabilité est rattachée. Les images qui me viennent sont floues.

Th. : Avez-vous une idée de quel âge vous pouvez avoir dans ces images ?

Pat. : Non, je ne sais pas, c'est confus.

Th. : J'aimerais vous proposer quelque chose pour tenter de découvrir d'où cela vient.

Pat. : Oui, je veux bien essayer quelque chose de nouveau.

Th. : Nous avons déjà travaillé ensemble pour développer votre capacité d'observation et également de vous observer vous-même, d'observer vos pensées, vos émotions, etc. Certaines personnes ont en elles comme une partie qui observe depuis longtemps et qui peut répondre à des questions qu'on se pose sur soi. Vous pourriez vous tourner vers votre monde intérieur vous adresser à cette partie observatrice et voir si elle peut vous aider.

Pat. : C'est étrange mais je sens cette partie en effet.

Th. : Très bien. Maintenant je vous invite à lui demander si elle sait à quelle situation en particulier se rattachent les images floues qui viennent avec la culpabilité.

Pat. : (se concentre, puis) Oui, il me vient la sensation que j'avais 5 ans ... Oui, je vois mieux la situation. C'est dans la chambre de mes frères. Ils me font plein de reproches et après ils me frappent. Nous avons déjà travaillé sur cette situation, je crois ; j'avais mis la petite en sécurité et elle a été consolée. Cela avait bien aidé mais il reste encore cette culpabilité et de la peur aussi, je crois. C'est la partie observatrice qui me transmet cela.

Th. : Avant d'aller plus loin, il est important de préparer la manière dont nous allons travailler sur cette situation. Êtes-vous d'accord ?

Pat. : Je vous écoute.

Th. : Il est important que vous vous rappeliez de vos capacités à vous distancer des choses douloureuses. Vous pouvez aussi brièvement reprendre contact avec les personnages bienveillants qui vous ont aidé jusqu'à présent dans la psychothérapie et qui pourraient être utiles pendant cette séance. Pour ce que nous allons faire aujourd'hui nous allons utiliser la partie observatrice ; avez-vous un contact suffisamment bon avec elle ?

Pat. : Oui, tout à fait.

Th. Je vous propose de vous représenter l'adulte que vous êtes aujourd'hui comme ayant deux parties : une partie adulte qui éprouve et ressent les choses et une autre partie adulte qui réfléchit et agit. Cela permet de se distancer davantage des émotions perturbantes.

Pat. : C'est un peu étrange mais je vois.

Th. : Nous allons faire ainsi : je vais vous demander de vous assurer que toutes les petites Pascale sont dans le lieu sûr, ainsi que la Pascale adulte d'aujourd'hui qui éprouve et ressent les choses. La partie adulte d'aujourd'hui qui réfléchit et agit va parler avec l'observatrice intérieure et lui demander de vous transmettre ce qu'il se passe pour la petite Pascale de cette situation avec les frères : ce qu'elle fait, ce qu'elle pense, ce qu'elle a comme émotions et ce qu'elle ressent au niveau corporel. Ensuite vous me le redirez. Nous irons étape par étape et je vous guiderai.

Pat. : Ça a l'air compliqué ! A quoi ça sert de faire ainsi ?

Th. : Le sens de cette procédure est de vous faire rencontrer une fois encore cette scène traumatique sans pour autant vous faire revivre trop intensivement toutes les souffrances vécues à l'époque. De même, si nous nous soucions d'autres parties plus jeunes ou plus âgées qui pourraient être elles aussi concernées d'une

façon ou d'une autre par cette scène, c'est parce que nous ne souhaitons pas qu'elles souffrent plus que nécessaire. Nous avons déjà eu un bon nombre d'expériences positives avec cette procédure et je peux donc vous la recommander.

Pat. : Je suis étonnée de vous voir aussi prudent. Y a-t-il des dangers ?

Th. : Je suis prudent en effet car il est important à mes yeux de ne pas activer toutes les autres situations traumatiques que vous avez vécues sur le même thème. Cela pourrait vous amener à être débordée par les émotions et la douleur et nous ne voulons pas cela parce que cela peut être retraumatisant. Retraiter une situation traumatique n'est utile que si le patient ou la patiente peut supporter les émotions qui émergent, et pas s'il est débordé par les émotions.

Pat. : Ça fait du sens. Merci.

Th. : Très bien. Maintenant je vous invite à mettre toutes les jeunes Pascale dans leur lieu sûr ou à vous assurer qu'elles y sont, celles qui sont plus jeunes que celle qui a vécu la violence des frères à l'âge de 5 ans, et celles plus âgées que 5 ans. Ensuite vous pourrez demander à l'observatrice intérieure si toutes sont bien dans le lieu sûr, en particulier celles qui pourraient être concernées par cette situation.

Pat. : Il y en a un bon nombre mais elles sont bien dans leur lieu sûr. Et elles y sont depuis assez longtemps maintenant donc elles s'y sentent bien et la partie observatrice me dit que cela va bien comme ça.

Th. : Très bien. Maintenant dites-moi quand commence la situation et à quel moment elle prend fin.

Pat. : Elle commence quand je suis dans la chambre et qu'ils ferment la porte. Je ne sais pas trop comment cela a fini mais je me vois dans ma chambre seule un peu plus tard.

Th. : Très bien.

Lorsque le patient a bénéficié d'une bonne phase de stabilisation lors de laquelle il a pu travailler avec succès à l'apaisement des [parties] jeunes blessés et a acquis de bonnes capacités de distanciation et d'auto-observation, alors cette phase de préparation de la confrontation au traumatisme peut en effet être aussi courte que ce que nous venons d'illustrer dans cette vignette clinique. Si l'on veut retraiter un traumatisme avec la technique de l'observateur, il est important de s'assurer une fois de plus qu'il existe bien une représentation du lieu sûr, des assistants intérieurs et autres êtres bienveillants imaginaires, et que l'on peut aussi s'imaginer une partie observatrice. (Chacun s'observe à tout moment, sinon personne ne saurait ce qu'il pense ou ressent ou éprouve, mais la plupart du

temps, cela se fait peu consciemment.) De plus, il faudrait être capable de mettre des choses dans le coffre-fort comme mesure de sécurité supplémentaire.

La prochaine étape est « d'envoyer » dans le lieu sûr en particulier toutes les [parties] qui pourraient d'une manière ou d'une autre avoir un rapport avec la situation dont on s'occupe, ou de leur demander d'y aller. C'est important car sinon d'autres situations pourraient être réactivées et émergeraient pendant le travail de confrontation au traumatisme, et la patiente pourrait voir ses capacités d'auto-régulation dépassées.

Thérapeute : Quand vous pensez maintenant à cette situation de violence avec vos frères, de quelle façon vous perturbe-t-elle maintenant ? Si vous mesurez la perturbation sur une échelle de 0 à 10. 0 étant pas du tout perturbant ou neutre, et 10 est extrêmement perturbant.

Patiente : Sept.

Th. : Et si vous passez en revue votre corps, que remarquez-vous ?

Pat. : Il y a une tension dans les jambes.

Th. : Et y a-t-il une phrase qui vous vient à l'esprit concernant cette situation ? Une phrase qui dit quelque chose sur vous-même et qui commence par « je suis ... » ?

Pat. : Je suis coupable.

Th. : On dirait que cela vous perturbe davantage maintenant.

Pat. : Oui, en effet.

Th. : Si vous pouviez changer cela, qu'aimeriez-vous penser de vous maintenant quand vous pensez à cette situation ? Avec de nouveau une phrase qui commence par « je suis... ».

Pat. : Oh la la. Si je pouvais changer cela ?! Mais je ne le peux pas.

Th. : Oui, cela a un rapport avec le fait que le traumatisme est encore - ou bien de nouveau - si vivant en vous, que vous avez l'impression que cela se passe maintenant. Comme vous le savez, c'est tout à fait typique quand on se trouve dans la phase où l'on gère un traumatisme ou plutôt quand on ne le gère pas. Nous en reparlerons bientôt. Cependant, vous pouvez peut-être réfléchir à ce que vous aimeriez penser de ça. En effet cela vous donnera une perspective pour notre travail.

Pat. : J'aimerais bien penser que je n'ai rien fait de mal et que j'étais encore un enfant de toutes façons.

Th. : Serait-il possible de formuler cette phrase autrement, de sorte qu'elle puisse se passer d'une négation ?

Pat. : Je suis bien comme je suis. Quand je prends mes distances, c'est ce que je pense de toutes façons mais quand je suis en plein dedans, alors cela ne résonne plus.

Th. : Pourriez-vous aussi mesurer cela sur une échelle ? Si 1 correspond à complètement faux et 7 à complètement vrai, comment ressentez-vous maintenant cette phrase « je suis bien comme je suis » quand vous pensez à cette situation ?

Pat. : Deux.

Les thérapeutes pratiquant l'EMDR auront remarqué dans le dernier paragraphe des éléments du protocole de cette méthode. Nous faisons cela entre-temps pour toutes les confrontations avec le traumatisme, peu importe l'outil utilisé pour la confrontation. Il est utile pour le patient de s'évaluer soi-même avant la confrontation avec le traumatisme, il peut ainsi apprendre quelque chose le concernant, et la cognition positive peut avoir un effet d'activation de ressources. En outre, il peut être utile d'harmoniser les différentes méthodes de confrontation avec le traumatisme, dans la mesure du possible et si ça a du sens de le faire.

Th. : Bien. Nous avons donc fait la phase de préparation et nous allons maintenant faire la confrontation au traumatisme en tant que telle. Les différentes Pascale plus jeunes sont dans le lieu sûr ainsi que l'adulte d'aujourd'hui qui éprouve les choses. Je vous invite à demander à votre observatrice intérieure ce que fait l'enfant lorsque les frères ferment la porte de leur chambre.

Pat. : Ils lui avaient demandé de venir et elle ne s'est pas méfiée. Elle tourne la tête vers la porte de la chambre et voit qu'ils bloquent le passage.

Th. : Et que pense-t-elle ?

Pat. : Elle se dit qu'elle est foutue.

Th. : Que ressent-elle ? Quelles sont ses émotions ?

Pat. : L'observatrice dit qu'elle est paralysée et qu'elle a peur.

Th. : Et ensuite allez à la scène suivante. Que se passe-t-il ?

Pat. : Ils se mettent à lui crier dessus.

Th. : Et que fait-elle, qu'est-ce qu'elle ressent ?

Pat. : Elle recule un peu. Elle est sous le choc, elle tremble. ... Elle ne dit rien.

Th. : Et ensuite, que se passe-t-il ? Que dit l'observatrice ?

Pat. : Ils crient mais je ne sais pas ce qu'ils disent.

Th. : Voudriez-vous savoir ce qu'ils crient ?

Pat. : Oui, je crois que c'est important.

Th. : Alors vous pouvez demander à votre observatrice intérieure.

Pat. : Oui, je vais faire ça. ... Elle me dit qu'ils disent des choses très dures : « tu es une sale petite garce, on va te faire la peau ».

Th. : Et qu'est-ce qu'elle ressent ?

Pat. : Elle est paniquée. Elle tremble encore plus.

Th. : Et qu'est-ce qu'elle a comme pensées ?

Pat. : Elle se dit qu'elle ne s'en sortira jamais.

Th. : Et qu'est-ce qu'elle fait ?

Pat. : Elle ne fait rien.

Th. : Et ensuite, que se passe-t-il ? Allez à la prochaine séquence.

Pat. : C'est un peu trouble. Je ... Je ...

La thérapeute remarque des signes d'activation neurophysiologique chez la patiente.

Th. : Serait-ce possible que vous soyez trop proche de la situation traumatique ?

Pat. : Oui, je crois.

Th. : Prenez de la distance et regardez la scène de loin. Passez par l'observatrice intérieure pour avoir une description de ce qui se passe pour la petite Pascale.

Pat. : Voilà, c'est mieux maintenant.

Th. : Très bien. Que dit la partie observatrice sur ce qui se passe ensuite ?

Pat. : Ils continuent à lui dire des choses méchantes et ils la bousculent.

Th. : Et que ressent la petite Pascale ?

Pat. : Elle perd l'équilibre, elle a mal à l'épaule. Elle a peur.

Th. : Et ses pensées ?

Pat. : Elle pense qu'elle est trop petite.

Th. : Et ensuite ?

Pat. : Le plus grand la pousse à terre. Elle est effrayée, elle est si petite.

Th. : Et que dit l'observatrice sur ses sensations corporelles ?

Pat. : Elle a mal aux fesses. La chute lui a fait mal. Elle ne sait pas quoi faire alors elle reste par terre.

Pour ne pas perturber le lecteur par la description des scènes particulièrement choquantes de violence, nous passons à un moment ultérieur de la scène traumatique. L'essentiel étant que le lecteur puisse avoir une bonne idée de ce protocole de confrontation au traumatisme.

Th. : Et ensuite, que se passe-t-il ?

Pat. : Un des deux lui dit de ne rien dire, sinon ils vont recommencer encore plus fort. Elle hoche la tête parce qu'elle veut juste sortir de cette pièce au plus vite.

Th. : Et quelles sont ses émotions et sensations physiques ?

Pat. : Elle est très tendue dans le ventre. Elle a peur et en même temps soulagée que ce soit presque fini.

Th. : Et ensuite ?

Pat. : Elle regarde la porte et attend de pouvoir sortir. Elle ne sait pas s'ils vont la laisser sortir, elle ne sait pas trop comment faire. Elle a encore peur.

Th. : Et quelles sont ses sensations corporelles ? Que perçoit l'observatrice ?

Pat. : Je ne sais pas. Attendez, je demande à la partie observatrice. ... Elle me dit qu'elle sent un tiraillement entre le corps qui veut aller vers la porte et les jambes qui ne bougent pas.

Th. : Et ensuite ?

Pat. : Ils lui crient dessus qu'elle doit partir. Alors tout d'un coup elle peut bouger ses jambes et sort de la pièce. Elle a un peu peur quand elle passe la porte, puis est soulagée, mais a tout de même encore peur. Elle ne sait pas si c'est vraiment fini, si c'est vraiment possible.

Th. : Et ensuite, qu'elle est la prochaine séquence ?

Pat. : Elle est dans le couloir, elle ne sait pas trop où aller. Si elle va dans sa chambre, elle sera tranquille, mais sa mère vient de rentrer à la maison et elle pourrait trouver étrange qu'elle ne vienne pas l'accueillir dans le salon.

Th. : Et quelles émotions a-t-elle ?

Pat. : Elle a honte. Et vous allez me demander ce qu'elle ressent dans son corps. Elle a mal au ventre.

Th. : Et ensuite ?

Pat. : Elle va dans sa chambre finalement. Sa mère n'est pas encore rentrée en fait. Son chat l'attend dans sa chambre. Elle est contente de retrouver son chat. Elle se détend un peu.

Th. : Et quelle est la séquence suivante ?

Pat. : Elle s'allonge sur son lit. Le chat vient ronronner et lécher la petite fille. Cela lui fait du bien. Elle continue à se détendre. Elle pleure un peu. Le chat se blottit contre elle et ça la calme.

Th. : Est-on maintenant à la fin de cette scène traumatique ou pas encore ?

Pat. : Je pense que c'est la fin de la scène.

Th. : Vous pouvez demander à la partie observatrice si vous le souhaitez.

Pat. : Oui. ... Elle me dit que cette scène est finie maintenant. Mais je sais pour ma part qu'il y a plein de situations de ce genre !

Th. : Oui, en effet. Mais il s'agit de traiter une situation l'une après l'autre. Qu'en est-il de cette situation-là ?

Pat. : Elle est finie. Elle a été décrite jusqu'au bout. C'est bien de voir que la petite avait son chat avec elle. J'aime toujours les chats, c'est très important pour moi d'avoir des animaux, et surtout un chat.

Th. : Oui, la petite fille que vous étiez se consolait auprès de son chat. C'est important pour un enfant d'être consolé après avoir vécu quelque chose de douloureux ou effrayant, et vos parents n'étaient pas très aidants à ce niveau-là. Alors la petite Pascale se consolait auprès de son chat, et avec ses peluches aussi. C'est vraiment terrible ce que vous avez vécu, ces violences constantes de la part de vos frères et vos parents qui n'ont rien remarqué.

Pat. : Oui, c'est vrai, vous avez raison. (La patiente verse quelques larmes).

Th. : De quoi la petite Pascale a-t-elle besoin ?

Pat. : Et bien le chat l'aide bien et ça l'apaise, mais je pense que ça pourrait l'aider qu'un être humain la console aussi, et pas seulement le chat.

Th. : Pouvez-vous imaginer le faire vous-même ? Ou plutôt un personnage imaginaire ?

Pat. : Je peux le faire moi-même. ... Oui, cela fait du bien. (La patiente verse encore quelques larmes). Cela soulage. Je ressens mieux ce qu'elle a vécu, mais aussi le soulagement maintenant. Je peux imaginer prendre la petite fille dans les bras et cela lui fait du bien, mais aussi à moi, l'adulte. Je ressens de l'apaisement, un relâchement dans mon corps.

Th. : C'est bien que vous ailliez pu ressentir ce soulagement et cet apaisement. Et comment allez-vous maintenant ? Qu'en est-il maintenant quand vous repensez à la scène ? De quelle façon vous perturbe-t-elle maintenant entre 0 et 10 ?

Pat. : Environ 1. La situation est loin mais je sais qu'il y a d'autres situations qu'on doit encore travailler.

Th. : Et si vous repensez maintenant à la phrase « je suis bien comme je suis », vous sentez que c'est vrai à combien maintenant entre 1 et 7, 1 complètement faux et 7 complètement vrai ?

Pat. : Sept. Clairement. C'est eux qui avaient des problèmes. D'ailleurs ils en ont toujours maintenant.

Th. : Je vous conseille maintenant de prendre bien soin de vous dans les heures qui vont suivre. Faites des choses tranquilles et qui vous font plaisir.

Pat. : Oui, je vais rester tranquille chez moi et m'allonger sur le divan avec mon chat. Cela fera aussi du bien à la petite fille.

Th. : C'est une très bonne idée. Il est important que vous sachiez que votre organisme aura encore besoin de temps pour intégrer tout cela.

Pat. : Oui, j' imagine tout à fait ça quand je vois comment je me sens maintenant.

Th. : Nous allons voir, au plus tard la semaine prochaine, lors de la prochaine séance comment vous aurez digéré ce traumatisme. Mais je vais vous proposer d'ici là un bref rendez-vous téléphonique ces prochains jours pour pouvoir faire le point avec vous.

La semaine suivante la patiente dit qu'elle s'est bien remise et que les images de violences ne sont plus revenues. La culpabilité a fortement diminué. Cela ne l'a plus gêné, mais elle souhaite travailler sur d'autres situations similaires en lien avec cette culpabilité.

De notre expérience cette technique est applicable pour des cas moins sévères de TD mais cette question reste à clarifier. L'idée intéressante de ce protocole est de baisser artificiellement – en utilisant la métaphore de l'observateur intérieur – le contact avec la charge émotionnelle liée au souvenir traumatique. Il permet néanmoins de faire une synthèse de l'événement complet, se différenciant ainsi de la synthèse fractionnée que nous allons présenter maintenant.

3.7.2. Synthèse fractionnée chez une patiente TDI.

Revenons à Madame Aline N. dont nous avons présenté plus tôt la situation difficile lorsque des souvenirs de violences sexuelles réalisées par son père refaisaient surface. S'en suivit un long et difficile travail d'exploration du système interne, de rencontre progressive avec les PE, pour de meilleures relations et communications entre la PAN et les PE. En bref la patiente a travaillé durement pour dépasser sa phobie des PE. Un trouble de personnalité borderline sévère ajouté au TDI rendait le travail particulièrement difficile : régulation émotionnelle problématique, suicidalité, réactivations émotionnelles intenses lors des absences du thérapeute, etc. Mais la patiente put arriver au moment où le système interne montrait qu'il se dirigeait vers un besoin de synthèse et de réalisation. Dès lors, nous travaillâmes en fonction des symptômes sur lesquels la patiente en tant que PAN voulait travailler. Voici un exemple de synthèse guidée et fractionnée.

Vignette clinique :

Madame Aline N. se présente à la séance et dit vouloir travailler sur son besoin irrésistible de nettoyer les vitres lorsqu'il y a la moindre petite tâche. Elle reconnaît avoir un besoin excessif de propreté dans son appartement, mais elle voit dans ce symptôme quelque chose de particulier et nouveau. Les vitres du cabinet de son thérapeute n'étant pas d'une propreté irréprochable, cela l'active au moment même où elle en parle.

THERAPEUTE : Donc si je comprends bien vous souhaitez travailler sur ces réactions qui vous semblent étranges lorsque vous voyez des traces même petites sur une vitre ?

PATIENTE : Oui, tout à fait.

THERAPEUTE : Êtes-vous prête à interroger votre monde intérieur pour voir si l'une ou l'autre des parties sait quelque chose là-dessus ?

PATIENTE : Oui, je crois qu'il faut faire cela. Je ne vois pas de quelle partie il peut s'agir et je doute que ce soit une partie, mais on peut essayer (signe de phobie de la PAN)

THERAPEUTE : Et bien on peut essayer et voir ce que cela donne (motivation à l'exploration). Je vous invite à vous tourner vers votre monde intérieur et à demander aux différentes parties si l'une ou l'autre sait quelque chose à propos de ce besoin de nettoyer les tâches sur les vitres.

PATIENTE : (Patiente se concentre, puis très vite). Oh ! Mes jambes se crispent ! (Signe connu pour la PAN et le thérapeute qu'une PE nommée « partie abusée » est activée). Ça devient trop fort !

THERAPEUTE : Demandez à la partie abusée de reculer. Dites-lui que vous avez compris qu'elle est là. (Technique apprise dans la phase de stabilisation).

PATIENTE : Ok. Ça va mieux. ... Je ne vois pas pourquoi la partie abusée vient maintenant.

THERAPEUTE : Peut-être vous pouvez demander si la partie abusée ou une autre partie peut envoyer une image qui va avec ce problème des réactions aux vitres sales.

PATIENTE : Je vois une image de la salle de bain dans la maison familiale de mon enfance.

THERAPEUTE : OK. Et comment sont les jambes ? (Exploration du lien potentiel entre l'image et des sensations physiques)

PATIENTE : Ça devient plus fort ... et il y a de la peur qui vient aussi.

THERAPEUTE : OK. Et au niveau de l'image, c'est comment ?

PATIENTE : C'est l'image de la porte de la salle de bain. (Patiente s'agite)

THERAPEUTE : Respirez bien. Demander à votre monde intérieur d'y aller lentement, une chose après l'autre. ... OK. Très bien. ... (Patiente se calme). Et maintenant ?

PATIENTE : Je sens que la partie abusée vient plus fort et je sens la respiration qui s'accélère.

THERAPEUTE : Quelle image va avec ça ?

(Patiente montre des signes physiologiques indiquant qu'elle pourrait perdre connaissance).

THERAPEUTE : Regardez-moi. Respirer profondément. ... Voilà, c'est ça. Qu'est-ce qui vient ?

PATIENTE : Il est derrière la porte.

THERAPEUTE : Qui ça ?

PATIENTE : Le père bien évidemment !!

THERAPEUTE : Le père est derrière la porte. Comment le savez-vous ?

PATIENTE : Une partie de la porte est en verre opaque.

THERAPEUTE : Ah, je vois (au sens propre). La porte a une partie en verre opaque et la petite fille voit le père derrière la porte. C'est bien ça ?

PATIENTE : Oui, c'est ça. (La patiente montre des signes de panique. Il n'est pas clair si c'est la PAN qui panique à l'idée de découvrir une autre scène de violence sexuelle, ou si c'est la panique d'une PE, ou les deux).

THERAPEUTE : Voulez-vous demander au monde intérieur ce qui vient ensuite ?

PATIENTE : C'est déjà là. Il entre dans la salle de bain. (La patiente frappe de son poing l'accoudoir).

THERAPEUTE : La colère, c'est la vôtre ?

PATIENTE : Bien sûr ! Qu'est-ce que vous pensez ?!

THERAPEUTE : Oui, bien sûr, c'est votre colère. Et qu'est-ce que ressent la petite dans la salle de bain (Remettre à la PAN la responsabilité de se connecter à la PE qui est fixée sur l'expérience traumatique).

PATIENTE : Elle ne ressent plus rien. Mais mes jambes sont paralysées. Je ne peux plus les bouger.

THERAPEUTE : Pouvez-vous demander à la partie abusée ce qui se passe ? (Patiente prise par les émotions, mais toujours bien en contact avec moi en tant que PAN).

PATIENTE : Elle ne bouge pas, sinon on va entendre quelque chose. Quelqu'un pourrait passer devant la salle de bain. ...Il n'a pas fermé la porte à clé !

THERAPEUTE : On continue ?

PATIENTE : Je ne sais pas.

THERAPEUTE : OK. Si vous voulez, vous pouvez demander aux parties impliquées de vous amener à la fin de la scène. (Le thérapeute croit avoir compris le lien avec le symptôme et sent que la patiente en a fait assez pour aujourd'hui, contenu de son niveau d'énergie).

PATIENTE : Il a abusé d'elle dans la salle de bain.

(Le thérapeute montre une attitude de compassion plus poussée).

THERAPEUTE : Et elle, c'est qui ? (Le thérapeute tente de pousser à la personnification)

PATIENTE : C'est moi ! (La patiente pleure)

THERAPEUTE : Oui, c'est vous. C'est vous qui avez vécu cela quand vous étiez enfant. (Le thérapeute soutient la présentification).

(La patiente se calme progressivement)

THERAPEUTE : Regardez bien autour de vous. Respirez profondément.

PATIENTE : J'ai compris. S'il y a même une petite tâche sur une vitre, ça rappelle la vitre opaque de la porte de salle de bain. C'est fou mais c'est comme si elle ne voyait pas ce qu'il y avait derrière la tâche sur la vitre. La petite avait peur parce qu'elle ne voyait pas s'il allait entrer ou pas. Elle ne voyait qu'une vague ombre.

THERAPEUTE : Je vous invite à vous tourner vers elle et à lui dire de bien observer la vitre de la porte-fenêtre de cette pièce. Il y a des tâches dessus. (La patiente hoche la tête). Est-ce qu'il est derrière cette vitre ?

PATIENTE : Non.

THERAPEUTE : Demandez à la petite.

PATIENTE : Elle voit qu'il n'est pas derrière cette vitre.

THERAPEUTE : D'ici la prochaine fois il faudra l'aider à faire la différence entre la vitre opaque de la porte de la salle de bain de votre enfance et les vitres de maintenant. (Présentification et déconditionnement).

PATIENTE : Oui. Ça va déjà beaucoup mieux. C'est calme à l'intérieur.

S'en suit un moment de stabilisation avant de mettre fin à la séance.

Par la suite ce symptôme n'est plus réapparu.

Il s'agit d'une synthèse fractionnée parce que tous les éléments de la situation n'ont pas été synthétisés. L'acte de violence sexuelle en tant que tel n'a pas été synthétisé ou seulement partiellement. Sans doute la patiente en tant que PAN n'a pas voulu décrire le détail de ce que les PE lui ont transmis. Nous savons aussi

que la patiente fait des séances de synthèse chez elle entre nos séances de thérapie afin de progresser plus rapidement. Cependant, la PAN a pu synthétiser les éléments qui expliquaient le symptôme survenu récemment. Le thérapeute a guidé la synthèse afin de centrer la patiente et de cadrer le processus. Le trouble de personnalité borderline rend la patiente d'autant plus fragile face à la connection à des éléments douloureux transmis par des PE. Une fois suffisamment d'éléments synthétisés, la personnification et la présentification ont pu être promues. Des tâches à domicile de présentification vont permettre de continuer le travail, en maximisant le déconditionnement :

- verre opaque = danger imminent → verre opaque = stimulus neutre

3.7.3. Synthèse et réalisation guidée, soutenue par EMDR.

Reprenons avec le cas de Madame Aline N. La patiente a bien avancé dans sa thérapie, mais les techniques de synthèse et réalisation guidées, le plus souvent fractionnées, semblent ne plus être suffisantes. Malgré des progrès notables que voici :

- Sommeil de 8 heures sans cauchemar ni transpiration nocturne (au lieu d'un sommeil de 4 heures interrompu à 2 heures du matin par des cauchemars récurrents et des sudations),
- Pas de switch depuis trois mois (au lieu de switch quotidien à certaines périodes),
- Régulation émotionnelle correcte (TPB en rémission quasi-totale),
- Vie sociale bien améliorée et pas de relations toxiques,
- Baisse de la médication sans rechute,
- Bonne gestion des intrusions dissociatives par des dialogues intérieurs.

Comme la patiente ne switche plus depuis trois mois, nous proposons de tenter l'EMDR pour tester si cette méthode permet d'aller plus loin dans les progrès thérapeutiques, puisque c'est le souhait de la patiente.

La thérapie EMDR a été présentée dans un article précédent, donc nous ne reviendrons pas sur son descriptif. Nous avons adapté le protocole standard EMDR afin de mieux cibler une synthèse guidée, soutenue par EMDR.

Il s'avère que la première séance d'EMDR amène déjà un avantage et la patiente est très satisfaite. Il semble qu'avec cette patiente, l'EMDR permet d'aller au-delà de certaines phobies de la PAN, mais dans une mesure admissible.

Nous présentons ci-dessous une séance type d'EMDR avec Madame Aline N.

Vignette clinique

Madame Aline N. se plaint d'un symptôme : le soir dans son lit alors qu'elle attend le sommeil, elle ressent de la peur et ne comprend pas pourquoi. Elle a d'elle-même interrogé ses parties dissociatives et elle a « reçu » l'image de la cave sombre dans la maison de son enfance.

THERAPEUTE : Pouvez-vous vous tourner vers les parties qui ont à voir avec cette image que vous avez de vous dans la cave, et que vous ne comprenez pas. Je vous propose de leur demander de vous transférer ce que vous devez savoir et sentir à propos de cette image ?

PATIENTE : Oui ... il y a la partie abusée ... et il y a une petite très jeune – je ne sais pas quel âge elle a, mais elle parle comme un petit enfant.

THERAPEUTE : Je vais vous demander de rester en contact avec ces parties et de leur demander de vous transmettre ce que vous devez savoir à propos de cette image ? ... Vous êtes en contact ?

PATIENTE : Oui, c'est bon.

Le thérapeute fait une série de stimulations bilatérales alternées (SBA) de 8 aller-retour pour commencer, par des tapotements sur les genoux en utilisant une peluche pour faire ces tapotements (pour ne pas toucher la patiente directement).

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Il y a l'image de moi dans la cave.

THERAPEUTE : OK. Demandez aux parties ce qui vient ensuite. SBA

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Il est aussi dans la cave. (La patiente montre des signes d'anxiété)

THERAPEUTE : OK. Demandez aux parties ce qui vient ensuite. SBA

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Elle a peur, elle est paralysée par la peur. (La patiente montre des signes de figement).

THERAPEUTE : OK. Demandez aux parties ce qui vient ensuite. – SBA

PATIENTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

(La patiente ne dit rien et semble avoir le souffle coupé.)

THERAPEUTE : Prenez le temps de prendre une bonne respiration et soufflez bien. Allez-y. ...Voilà, c'est bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Il s'approche (La patiente montre des signes d'une émotion intense, peut-être du dégoût ou de la colère ou un mélange des deux).

THERAPEUTE : OK. On continue ? (La patiente acquiesce de la tête). Restez bien en contact et si vous sentez que vous partez, arrêtez tout. (Patiente acquiesce de la tête) ... SBA

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien.... Voilà, c'est bien.... Qu'est ce qui est là maintenant ?

Nous n'entrerons pas ici dans le détail de cette scène de violence sexuelle. La patiente peut faire la synthèse de cette situation pendant cette séance. Nous passons ici à la fin de la séance.

THERAPEUTE : OK. Demandez aux parties ce qui vient ensuite. SBA

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Elle est par terre. (La patiente a des mimiques de dégoût et des signes d'évitement en bougeant la tête comme si elle ne voulait pas voir quelque chose)

Comment comprendre ces réactions émotionnelles et qu'elle intervention choisir maintenant ? La synthèse de la situation de violence sexuelle nous a amené à la fin de la scène. La patiente a pu reconstruire le récit autobiographique narratif, bien que nous n'ayons pas insisté pour une synthèse parfaite de tous les éléments (perceptions, émotions, sensations physiques, actions, images) pour ne pas perturber la patiente par un côté trop « technique » de la thérapie. Le plus simple est de demander à la patiente ce qui se passe.

THERAPEUTE : Qu'est-ce qui se passe là ?

(La patiente ne répond pas mais le thérapeute comprend que c'est très difficile pour elle).

THERAPEUTE : Oui, c'est très difficile.

(La patiente s'agite et montre des signes d'énerverment, signe d'évitement habituel chez la patiente dans sa PAN)

THERAPEUTE : Et vous préféreriez ne pas être en contact avec tout ça.

PATIENTE : Bien sûr ! Je ne l'accepte pas !

THERAPEUTE : Bien sûr, c'est inacceptable ! (Pacing)

(La patiente se calme un peu).

THERAPEUTE : Vous savez que quand vous accueillez ces choses horribles et que vous accueillez qu'elles ont eu lieu, alors les symptômes disparaissent ou baissent.

(Motivation à la personnification, mais avec une information à laquelle la patiente peut adhérer facilement sur la base de nombreuses expériences précédentes.)

PATIENTE : Oui, c'est vrai.

THERAPEUTE : Je vous propose de vous rapprocher de ce que les parties vous ont transmis aujourd'hui. OK ? (Soutien à la personnification)

PATIENTE : OK.

THERAPEUTE : Essayer d'accueillir ce que les parties vous ont transmis aujourd'hui. SBA

THERAPEUTE : (pendant les SBA) : Voilà, rapprochez-vous autant que vous pouvez. Très bien. (Série de SBA plus longue jusqu'à ce que le thérapeute observe un changement positif sur le visage de la patiente)

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Je me rapproche davantage maintenant. (La patiente est plus calme).

THERAPEUTE : Très bien. Continuez à rester proche de ces choses terribles et je vous encourage à les accueillir. – SBA. (Petits mots d'encouragement du thérapeute pendant les SBA).

THERAPEUTE : Prenez une bonne respiration et soufflez bien. Qu'est ce qui est là maintenant ?

PATIENTE : Je suis furieuse. C'est horrible. Elle n'avait pas encore 4 ans !!

THERAPEUTE : En effet, c'est horrible. Vous vous rendez-compte que c'est vous qui avez vécu cela ? (Soutien à la personnification et à la présentification)

PATIENTE : Je ne peux pas l'accepter !

La patiente agit comme souvent : elle refuse de personnifier cette expérience (phobie de la réalisation). On peut imaginer plusieurs interventions dans un tel moment :

1^{ère} possibilité : Utiliser l'échelle du niveau de pulsion de l'évitement proposé par Jim Knipe (2019) :

THERAPEUTE : A combien c'est nécessaire de l'éviter entre 0 (pas de tout) et 10 (complètement) ?

PATIENTE : 10 !

THERAPEUTE : Où ça résonne dans votre corps ce 10 ?

PATIENTE : Partout !

THERAPEUTE : Restez en contact avec ça – SBA (longueur des SBA en fonction des signes non-verbaux)

2^{ème} possibilité : Faire du pacing et soutenir verbalement et émotionnellement la patiente pour lui donner une dose de courage supplémentaire qui lui permettra de s'exposer à la situation traumatique :

THERAPEUTE : Oui ! C'est absolument horrible !! A moins de 4 ans !! Restez connectée à cela autant que vous pouvez – SBA.

THERAPEUTE : (pendant les SBA) : Voilà, rapprochez-vous autant que vous pouvez. Très bien. (Série de SBA de longueur adaptée, parfois longue, parfois plus courte).

3ème possibilité : Faire du pacing et soutenir verbalement et émotionnellement la patiente pour lui donner une dose de courage supplémentaire qui lui permettra d'augmenter la personnification :

THERAPEUTE : Oui ! C'est absolument horrible !! A moins de 4 ans !! Et cette petite fille c'est vous à moins de 4 ans – SBA.

THERAPEUTE : (pendant les SBA) : Voilà, accueillez autant que vous pouvez. Très bien. (Série de SBA de longueur adaptée, parfois longue, parfois plus courte).

Il y a sans doute d'autres possibilités mais on voit déjà qu'avec ces trois interventions possibles, il est difficile de choisir. C'est toute la difficulté de la psychothérapie des patients avec un TD sévère. Nous n'avons pas choisi la 1^{ère} possibilité parce qu'elle nous semblait trop technique et nous pensons que dans ces moments très intenses et difficiles de réalisation de telles situations horribles, la patiente – pour dépasser sa phobie de la réalisation – a besoin d'un soutien humain. C'est la raison pour laquelle nous conseillons dans ces moments la 2^{ème} ou 3^{ème} possibilité, selon l'évaluation du thérapeute : la patiente peut-elle être soutenue vers une personnification directe (comme dans la 3^{ème} possibilité) ou de manière plus indirecte (comme dans la 2^{ème} possibilité) ?

Dans le cas présent nous avons choisi la 3^{ème} possibilité et la patiente a pu accueillir que c'était elle à 4 ans qui avait vécu cela. Elle aurait voulu continuer à croire que ce n'était pas vraiment elle mais une partie d'elle qu'elle préférerait considérer comme une « vraie » petite fille, mais pas elle. Elle put donc dépasser sa phobie de la réalisation.

Il fallait encore s'assurer d'un effet sur les symptômes. Avec Madame Aline N., nous avons appris que la synthèse et la réalisation qui ont lieu pendant les séances ne sont pas toujours entièrement suffisantes pour avoir un effet complet sur les symptômes en lien avec les souvenirs traumatiques et les PE impliquées. La patiente dans sa PAN doit encore faire un travail spécifique de présentification avec la ou les PE concernées.

THERAPEUTE : Et maintenant vous pouvez clarifier avec (les parties impliquées) que ce n'est pas la même chose maintenant qu'à l'époque. SBA

PATIENTE : Ça va.

THERAPEUTE : Je vous propose de vous tourner vers cette partie de 4 ans qui amène sa peur du noir. La pénombre de l'époque n'est pas la pénombre de maintenant quand vous êtes dans votre chambre et attendez le sommeil. SBA
Par la différenciation, on travaille ainsi sur la présentification et le déconditionnement.

A travers cette vignette clinique nous avons voulu illustrer qu'il y a plusieurs méthodes possibles pour faciliter l'intégration des souvenirs traumatiques et des PE.

Il existe déjà des propositions d'utilisation de l'EMDR avec les troubles dissociatifs (Gonzales & Mosquera, 2012 ; Van der Hart, Groenendijk & al., 2013, 2014). Vu la complexité des présentations cliniques des patients TD, les psychothérapeutes n'ont pas trop de techniques ni d'interventions thérapeutiques à disposition pour répondre aux besoins de traitement de ces patientes et patients.

Pendant ou après la synthèse, nos choix d'intervention pour soutenir la réalisation et dépasser la phobie de la réalisation sont les suivants et dans cet ordre :

1. Aider la patiente à VERBALISER ce qui se passe en elle, si c'est possible. Sinon, le thérapeute verbalise pour la patiente sous la forme d'une proposition.
2. Faire preuve de COMPASSION pour encourager la patiente à s'exposer et lui donner le sentiment qu'elle n'est pas seule mais que le thérapeute est avec elle dans cette phase difficile.
3. Soutenir le CONTACT de la PAN à la situation traumatique et à la PE.

Des expériences avec cette patiente, il ressort que l'EMDR peut être un atout pour favoriser la synthèse et la réalisation des souvenirs traumatiques. Nous aimerions préciser que dans le cas de Madame Aline A., l'utilisation de l'EMDR a été possible après 20 ans de thérapie avec nous ! Sans compter les 20 ans de thérapie avec d'autres thérapeutes avant nous. Des tentatives précédentes d'EMDR ont dû être interrompues tant les réactions de la patiente étaient chaotiques et perturbantes. Rappelons que cette patiente a un TDI associé à un TPB sévère, que nous avons perdu beaucoup de temps au début de la thérapie parce que nous ne connaissions pas son trouble. Par ailleurs la PAN a longtemps été extrêmement phobiques des PE, ce qui rendait pendant longtemps une synthèse guidée, même fractionnée, clairement prématurée.

3.7.4. Intégration des souvenirs traumatiques et fusion des parties dissociatives

Nous avons présenté plusieurs manières de travailler à l'intégration des souvenirs traumatiques en nous référant à la TDSP. Qu'en est-il de la fusion des parties dissociatives ? Il nous semble que cette notion manque de clarté dans la littérature TDSP. Sans doute parce que la fusion peut avoir lieu de plusieurs manières. Le terme d'*unification* est aussi utilisé (ISSTD, 2011 ; Steele et al., 2017).

Si l'on suit la logique du concept d'intégration selon la TDSP, une fois la synthèse et la réalisation atteinte, PAN et PE ont fusionnées en un *individu*. Dans les cas simples, c'est ce qui se passe : la patiente dans sa PAN peut dire qu'elle ne ressent plus la PE ou qu'elle ne la voit plus dans sa « scène intérieure ».

Néanmoins la littérature propose des techniques spécifiques favorisant la fusion de parties dissociatives, soit PE-PE, soit PAN-PE, principalement par des exercices d'imagerie ou des rituels d'unification (Steele et al., 2017). Dans certains cas il peut être nécessaire de favoriser la fusion de parties, soit en plus, soit parallèlement, soit séparément du processus d'intégration. Certains patients TDI, en particulier ceux et celles ayant plusieurs PAN, ont une telle habitude à vivre « à plusieurs » que c'est devenu un « style de vie » (Ellert Nijenhuis, communication personnelle ; Steele et al., 2017). Voici un exemple de ce genre de problématique.

Vignette clinique

Une patiente TDI ayant deux PAN expliquait que le soir, quand elle rentrait à la maison et qu'elle était fatiguée, elle laissait venir une partie enfant qui jouait avec son compagnon à la console de jeu. Alors que nous investiguions cela, elle se sentit attaquée et s'offusqua : « c'est normal que je me repose après le travail ! » Elle ne pouvait pas comprendre que de nombreuses personnes sont fatiguées après le travail mais n'ont pas la possibilité de laisser venir une partie dissociative pour répondre aux attentes de l'entourage. Nous pûmes faire un lien (cognitif seulement) avec des situations de son enfance, mais elle n'en démordait pas : elle avait le besoin et le droit de se reposer après le travail et c'était tout à fait normal qu'une autre partie prenne le relai.

Nous avons sans doute encore besoin de davantage de travaux cliniques pour définir quels sont les types de patients pour qui l'intégration (au sens de la TDSP) peut suffire pour faire fusionner des parties dissociatives, et quels sont ceux qui pour lesquels des techniques spécifiques de fusion sont nécessaires et à quel stade de la thérapie. La TDSP n'a qu'une vingtaine d'années, quand bien même les travaux de Janet datent de plus d'un siècle. On peut s'étonner de la faible place de la thématique de fusion/unification dans les livres spécialisés sur le traitement des TD. Avec le temps, on peut espérer que plus d'intérêt clinique sera donné au concept d'intégration selon la TDSP, par des cliniciens de plus en plus nombreux, permettant ainsi que les expériences des uns et des autres se cumulent sur des bases communes. Cela pourrait permettre de développer des lignes directrices cliniques encore plus abouties.

Synthèse de la 3^{ème} partie.

Cette 3^{ème} partie de notre thèse a abordé la psychothérapie des TD. Il s'agit d'un thème très vaste dont nous avons étudié plusieurs thématiques en particulier, mais certainement pas toutes les thématiques de ce domaine particulièrement vaste.

Nous avons tout d'abord décrit les principes de base de la psychothérapie des TD, tels qu'ils sont communément admis, ainsi que des aspects plus spécifiques de la TDSP, en particulier le concept d'intégration, qui est pour nous central. Nous n'avons pas décrit les très nombreuses techniques et méthodes utiles dans le traitement des TD. Cela dépasserait le cadre de notre thèse.

Notre choix de cas cliniques est bien sûr subjectif et arbitraire. Ne nous leurrions pas : de très nombreuses séances ne sont pas aussi fructueuses que les séances centrales que nous avons présentées dans cette 3^{ème} partie. Mais les séances lors desquelles il semble ne rien se passer de constructif, les séances laissant aux thérapeutes des sentiments de désespoir ou d'impuissance, ces séances aussi permettent d'avancer et forment la base des séances qui seront plus centrales en vue de changements majeurs.

Notre objectif a été de faire entrer le lecteur dans le cabinet de consultation, pourrait-on dire, de transmettre le verbatim précis de séances particulièrement importantes pour plusieurs types de patients. Nous voulions illustrer par des expériences cliniques le degré élevé de précision que peuvent prendre les interventions des thérapeutes, lorsqu'elles sont basées sur des fondements conceptuels clairs et précis.

DISCUSSION GENERALE

Tout au long de cette thèse nous avons présenté des articles sur le thème des TD, allant de la conceptualisation de ces troubles sévères, à leur diagnostic et leur traitement. Nous avons présenté une importante revue de la littérature qui nous a permis de clarifier les débats autour du TDI, le TD le plus sévère et en même temps le trouble psychiatrique le plus controversé – peut-être même le seul trouble psychiatrique controversé dans son statut même de maladie. Cet article peut être une ressource pour les cliniciens confrontés à des arguments négatifs, parfois fallacieux, concernant les patients souffrant de TDI. Cet article permet de donner de la reconnaissance à ce trouble largement méconnu. Ensuite nous avons présenté la TDSP comme une théorie utile dans la compréhension du développement des TD et d'autres troubles liés à des traumatismes, et leur maintien dans le temps.

Nous avons également présenté une étude qui valide la version française du SCID-D comme un instrument diagnostique valable et utile pour diagnostiquer les TD et les discriminer de troubles psychiatriques non dissociatifs. A cela se rajoute la possibilité du SCID-D de discriminer des patients TD d'autres patients imitant un TD ou pensant en avoir un. Avec un fort développement, ces dernières années, de la littérature francophone ou internationale traduite en français sur ce sujet, on pourrait être davantage confronté à cette problématique de patients imitant un TD ou s'identifiant par erreur à un TD. Il sera important de développer des compétences de diagnostic différentiel auprès des professionnels.

Nous avons ensuite présenté une série d'articles cliniques ainsi que de données cliniques additionnelles et des vignettes cliniques détaillées et commentées. Par ce travail nous avons voulu illustrer l'intérêt de concepts théoriques sensibles et spécifiques pour accompagner le clinicien dans une pratique psychothérapeutique au plus proche du patient souffrant de TD.

Cette thèse sur article est un travail théorico-clinique à travers lequel nous proposons un positionnement théorique associé à une pratique clinique difficile mais porteuse d'espoir.

La dissociation

Le net recul de l'intérêt scientifique et clinique pour les TD depuis les années 1910 s'est réalisé dans un contexte où ont émergés deux problématiques. En premier

il y a eu un contexte amenant à une confusion entre le concept janetien de dissociation et le concept bleulerien de schizophrénie. Deuxièmement, l'abandon par Freud de sa théorie de « séduction » a sonné le glas de la psychotraumatologie sur des décennies. Le lien entre traumatisme et psychopathologie, qui avait été au centre des travaux cliniques à la fin du 19^{ème} siècle jusque dans les années 1910, était rompu.

L'hystérie voyait sa place se réduire comme peau de chagrin dans le champ de la psychopathologie. A l'époque l'hystérie formait une entité nosographique qui comprenait ce que l'on appelle aujourd'hui TD, trouble de somatisation, trouble de conversion, TPB et TSPT (Van der Hart & Horst, 1989).

Aux confusions conceptuelles se sont rajoutées des questions de traduction en français de termes tels que *Spaltung* (clivage ? dissociation ? désagrégation ?). Avec les années le terme de dissociation a été utilisé pour décrire des phénomènes découverts ou redécouverts, comme la dissociation péritraumatique, ou encore la néodissociation avec le phénomène de « l'observateur caché » de Hilgard (1973, 1977), ou encore un état de conscience modifiée obtenu par transe hypnotique, et finalement tout état de conscience modifié. Sait-on seulement ce qu'est un état de conscience normal ?

Au fil de la seconde moitié du XX^{ème} siècle plusieurs spécialistes intégraient la notion janetienne de dissociation dans leurs travaux, néanmoins de manière incomplète (p.ex. : Braun, 1988a, 1988b ; Putnam, 1989 ; Watkins & Watkins, 1997) et parfois un hommage ou une référence plus poussée apparaissait y compris dans la littérature francophone (p.ex. Ellenberg, 1950 ; Maleval, 1981). Il fallut attendre l'impulsion de personnes comme Onno van der Hart (Van der Hart & Horst, 1989 ; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989), puis d'Ellert Nijenhuis Nijenhuis (1996, 1999 ; dont les travaux sur la dissociation somatoforme se basent sur les travaux de Janet), pour que le cours des choses change. En 2002, Nijenhuis, Van der Hart et Steele conseillaient de revenir au concept de dissociation de Janet afin de répondre à un besoin de clarté tant au niveau de la recherche que de la clinique. Quelques années plus tard la TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010) réactualisait les travaux de Janet.

Pouvoir distinguer des phénomènes qui parfois peuvent sembler proches mais qui n'ont pas la même étiologie, est une nécessité scientifique et clinique. Quand bien même la TDSP marque son empreinte depuis quinze ans dans le champ de la psychotraumatologie, il nous semble qu'il faut encore et toujours combattre

des confusions conceptuelles et cliniques issues d'un long passé. Pas pour le plaisir d'un débat théorique. Mais parce que les patients qui souffrent de TD ont besoin d'être reconnus dans les spécificités de leurs troubles, de bénéficier d'un processus diagnostique adéquat, ainsi que d'une prise en charge de qualité. Tant qu'il y aura de la confusion sur le concept de dissociation, il y aura une confusion à l'égard des TD, de leur reconnaissance, de leur diagnostic et de leur traitement.

Nous nous positionnons en faveur de la définition stricte de la dissociation selon Van der Hart et al. (2010) selon laquelle la dissociation intervient lors d'un événement traumatisant chez une personne ayant potentiellement certaines fragilités, et qui implique une division (dissociation) de la personnalité prémorbide en deux ou plusieurs parties de la personnalité : une ou plusieurs parties continuent de s'engager dans les actions de la vie quotidienne alors que d'autres sont fixées sur des actions en lien avec l'expérience vécue lors de l'événement traumatisant.

Les implications vont au-delà de ce que nombre de cliniciens pensent. Tout d'abord, utiliser l'expression si commune « le patient a dissocié » ne devrait s'appliquer que pour décrire le processus de division lors de l'événement traumatisant ou dans les suites de cet événement. Lorsqu'un patient alterne d'une partie dissociative à une autre, il ne dissocie pas, puisqu'il l'a déjà fait il y a longtemps : il switche, c'est-à-dire il alterne d'une partie dissociative à une autre. Lorsqu'un individu peine à se concentrer, pris par des images ou des sensations en lien avec une situation traumatique, il ne dissocie pas non plus : le patient en tant que PAN subit des intrusions de la part d'une autre partie dissociative ou de plusieurs parties.

Dans notre pratique de supervision, lorsqu'un collègue dit qu'un patient dissocie, nous demandons toujours une description aussi précise que possible de ce que le thérapeute a vu et de ce que le patient a décrit. Sinon il est impossible de savoir précisément de quoi il s'agit.

Nous entendons régulièrement l'utilisation du mot « dissociation » en lien avec la pathologie de personnes diagnostiquées de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques. Dans ces situations qui nous sont rapportées, nous suspectons deux types principaux de problématiques. Dans certains cas les cliniciens peuvent avoir mis en avant, à juste titre, une problématique dissociative au sens de la TDSP mais certains symptômes (p. ex. des symptômes schneideriens) amènent à un diagnostic de trouble psychotique en se référant automatiquement à certains des

critères des manuels diagnostiques. Peu de collègues sont informés qu'un bon nombre de symptômes schneideriens sont propres au TD davantage qu'à la psychose. Notre revue de littérature dans la 1^{ère} partie de cette thèse est éloquent à ce sujet. Dans d'autres cas, les cliniciens relient la schizophrénie à de la « dissociation » sur la base de la confusion conceptuelle née il y a plus d'un siècle et dont nous avons parlé plus haut dans la 1^{ère} partie de cette thèse. Comme le rappellent Revaz et Rossel (2007, p.114), « le champ sémantique des notions de *Spaltung* et de "dissociation" a évolué d'une façon relativement anarchique depuis le XIX^e siècle, de même que le rapport entre elles, et on en a fait usage avec peu de consensus et beaucoup de confusion. » Dans leur intéressante revue historique de ces concepts et de leurs traductions en français, Revaz et Rossel (2007) décrivent l'évolution historique de la terminologie. Bleuler aurait pu choisir le terme allemand de *Dissoziation* plutôt que celui de *Spaltung* si les deux concepts lui avaient semblé identiques, mais il a préféré suivre Freud qui utilisait ce dernier terme lors de la publication des *Études sur l'hystérie* (Freud & Breuer, 1895) pour se référer au concept janetien de dissociation. Le terme de *Spaltung* eut plusieurs traductions en français, selon les traducteurs : dissociation, scission, dislocation, désagrégation. Par ailleurs le terme *Zerspaltung* (scission primaire archaïque) fut traduit par *scission* alors qu'*Abspaltung* (séparation entre des éléments scindés) fut traduit par *clivage*. Plus tard Freud utilisa le terme de *Ichspaltung* pour désigner la *Spaltung* propre à la psychose. Selon Revaz et Rossel (2007, p. 96) « Freud fera à la *Spaltung* bleulérienne le même reproche qu'à la "dissociation" de Janet à propos de l'hystérie, c'est-à-dire de n'être que le résultat d'un affaiblissement associatif, alors que pour lui tout est question de conflit. C'est ainsi que dans le discours de Freud à propos de l'hystérie, la dissociation deviendra le refoulement. » A cela nous aimerions rajouter les confusions aussi entre *dissociation* et le concept de discordance proposé par le français Chaslin au début du XIX^e siècle. Ce concept n'a pas dépassé les frontières hexagonales mais a été partiellement repris par les classifications internationales (p.ex. discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé) (Crapet, 2012).

La psychothérapie française, de par sa tradition psychanalytique nettement plus forte que dans les autres pays européens, est sans doute prise dans des confusions aussi anciennes que ces concepts, soit plus d'un siècle. Des travaux de clarification conceptuelle nous semblent indispensables. Il est difficile de décrire des troubles sans se baser sur un substrat intellectuel tentant d'expliquer et de conceptualiser les présentations cliniques, quand bien même le DSM et la CIM se

veulent athéoriques. Mais il s'agit d'un leurre. Quand bien même on est dans une perspective à la troisième personne en souhaitant observer de manière *objective* des individus souffrant de troubles psychiques, on ne peut pas se soustraire à notre contexte social et historique, qui nous co-constitue et que nous co-constituons. On ne peut pas se soustraire aux mots que nous utilisons, ni à leur histoire. Et nous avons vu que l'histoire du mot *dissociation* est riche et peut amener à des confusions. La communication entre humains est de meilleure qualité lorsque nous donnons à un même signifié un même signifiant. Le champ de la psychotraumatologie et au-delà le champ de la psychopathologie doit impérativement clarifier son usage du terme dissociation. Plusieurs signifiés pour un seul signifiant, cela pose un problème de communication évident et donc un problème de communication scientifique. A travers cette thèse nous avons clarifié l'usage du terme dissociation que nous conseillons. Il s'inscrit dans un cadre historique, est défini de manière sensible et spécifique, et permet de définir les TD, sauf certains troubles de dépersonnalisation/déréalisation.

Reconnaître les troubles dissociatifs

Nous ne disposons pas de données épidémiologiques des TD en France ou en Suisse. Néanmoins il est important de faire quelques projections sur la base des données à disposition (Dell, 2009 ; ISSTD, 2011), quand bien même elles sont insuffisantes. En prenant en considération le chiffre avancé de 1 % de TD dans la population générale, avec une population de 67 millions d'habitants, il y aurait en France 670'000 de personnes ayant un TD.

En tenant compte de la population ayant recours à des soins psychiatriques, si l'on prend un chiffre de 10% à 20% de TD parmi la population psychiatrique hospitalière (selon le type d'hôpital), en se basant sur les chiffres de 2019 (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2020), il y aurait en France entre 42'000 et 84'000 patients hospitalisés souffrant d'un TD. Dans la fiche d'information (Annexe A), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation donne quelques exemples de pathologies en reprenant les catégories de la CIM-10 :

- 137'000 patients atteints de troubles de l'humeur,
- 95'000 patients schizophrènes et atteints de troubles délirants,

- 64'000 patients atteints de troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et somatoformes (les TD sont inclus dans cette catégorie),
- 44'000 patients atteints de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- 21'000 patients atteints de troubles du développement psychologique.

Il y a fort à parier qu'un bon nombre de patients souffrant de TD sont mis dans l'une ou l'autre des catégories de troubles de l'humeur, schizophrénie et troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

Avec 1'827'000 patients pris en charge en 2019 *uniquement* en ambulatoire dans des établissements DAF (dotation annuelle de financement), et en tenant compte d'un pourcentage de 8,9 % de patients TD dans cette population (Dell, 2009), on arrive au chiffre de 162'000 patients souffrant d'un TD uniquement dans ces établissements. C'est sans compter les nombreuses personnes qui consultent les psychiatres et psychologues libéraux !

En Suisse, avec 8,5 millions d'habitants, en comptant là aussi une prévalence de TD dans la population générale de 1 %, il y aurait 85'000 personnes avec un TD. Dans un rapport de 2015 établi par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), il ressort que 5,4 % de la population s'est fait traiter pour des problèmes psychiques en 2012 (tout type de traitement confondu), ce qui représente 460'000 personnes. Si l'on part de l'hypothèse la plus conservatrice (8,9 % de TD parmi les patients traité en service ambulatoire [Dell, 2009]), alors il y aurait 41'000 patients souffrant d'un TD en Suisse.

Un petit nombre d'études mettent en évidence qu'un nombre non négligeable de TD peut être diagnostiqué chez des personnes consultant pour un autre trouble psychiatrique. Ainsi Sar et al. (2004) ont trouvé 47,4 % d'autre trouble dissociatif en utilisant le SCID-D (Steinberg, 1994) parmi des patients consultant pour un trouble de conversion. Dans une étude de Ural et al. (2015), 19% de patients consultant pour un trouble panique avait un trouble dissociatif (en particulier un ATDS-1) diagnostiqué par le SCID-D. Une étude de Belli et al. (2012) a trouvé 14% de TD parmi un groupe de patients consultant pour un trouble obsessionnel compulsif. Sar et al. (2003) ont trouvé que 64% des patientEs avec un TPB avait aussi un TD indépendamment du critère 9 du DSM-5 (survenue

transitoire dans des situations de stress de symptômes dissociatifs sévères). Enfin on a trouvé une prévalence de TD dans des groupes de personnes toxico-dépendantes d'environ un quart (Sommer, Altus & Ginzbrug, 2010 ; Tamar-Gürol et al., 2008). En admettant qu'on puisse diagnostiquer un TD (et parmi eux principalement le TDI et l'ATDS) chez 10 à 15% des patients consultant pour un autre trouble psychiatrique, alors on arrive à des chiffres conséquents. Les TD mériteraient d'être reconnus en tant que trouble psychiatrique à part entière dans les statistiques. Mais la reconnaissance clinique sur le terrain manque terriblement.

Nous ne sommes pas en position de dire combien de professionnels de la santé mentale sont formés au diagnostic et au traitement des TD, en particulier du TDI et du TDI partiel. Le faible nombre de membres de l'Association Francophone du Trauma et de la Dissociation (AFTD ; www.aftd.eu), bien qu'il s'agisse d'une jeune association, ne nous encourage pas à l'optimisme. Comme le concept de dissociation est sujet à des définitions différentes et que l'existence même du TDI est souvent remise en question, il y a fort à parier que les collègues qui manient le concept de dissociation naviguent en eaux troubles au niveau conceptuel. Il ne s'agit pas d'une critique mais d'un état des lieux. Le nombre de professionnels informés des lignes directrices édictées par l'ISSTD (2011) est également inconnu.

Pour résumer, il y a un nombre conséquent de personnes souffrant de TD, mais les données officielles manquent ainsi que les ressources pour aider de manière spécifique les patients à surmonter ces troubles. Reconnaître les TD – dans tous les sens du terme *reconnaître* – en particulier le TDI et le TDI partiel, est un défi pour les cliniciens qui n'ont pas reçu de formation sur ces troubles, ou ont reçu des informations non conformes à la recherche internationale. Nous sommes tous formatés par nos enseignements, nos enseignants et mentors. Nous développons ainsi une perspective à la troisième personne que souvent nous pensons objective. Malheureusement nous oublions souvent que nous participons à la création de notre conception du monde (et des pathologies de nos patients), tout comme nos enseignants. Il n'y a pas de vérité objective. Comme le dit Nijenhuis (2017a, p. 10) : « il n'y a pas de monde sans sujet connaissant et vivant l'expérience, tout comme tous les sujets existent, mûrissent et se développent en vertu d'un *umwelt* matériel et social. » Il en est de même dans notre manière d'appréhender les troubles psychiques. Face à des patients souffrant de TDI ou TDI partiel ou d'autres TD, la grande majorité des cliniciens n'ont pas d'autre choix

que de remettre en question leur perspective à la troisième personne, c'est-à-dire leurs fondamentaux théoriques, pour pouvoir être au plus proche du vécu de ces patients.

Diagnostiquer les troubles dissociatifs

Dans le processus diagnostique de tout patient, indépendamment de la demande motivant la consultation, et bien sûr en particulier lorsque le patient a une histoire de traumatismes, les cliniciens devraient inclure des questions sur les principaux symptômes dissociatifs (amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion de l'identité et altération de l'identité). Ils peuvent choisir de faire passer un questionnaire, et à ce titre nous recommandons en premier lieu le SDQ-20 qui est bref et un bon détecteur de TD. Le DIS-Q est aussi une option, mais il est plus long (63 items). Nous ne recommandons pas le DES qui est long et ne satisfait pas au besoin d'évaluer la dissociation au sens strict du terme.

Nous avons proposé un procédé diagnostique standardisé des TD au moyen d'un instrument valide et fiable (le SCID-D) et nous avons aussi proposé un procédé d'évaluation énative (Nijenhuis, 2017a), c'est-à-dire adapté à la spécificité du sujet, illustré par deux cas de psychose dissociative. Les deux manières ne s'opposent pas mais au contraire se complètent. Il est nécessaire d'avoir un procédé diagnostique standardisé (semi-)structuré pour guider la démarche, mais tout procédé diagnostique doit également s'adapter au patient dans sa singularité. Le clinicien doit alors être au plus proche de la perspective à la première personne et de la perspective à la quasi-deuxième personne du patient, ceci afin de saisir au mieux le vécu subjectif du patient. Cela ne peut se faire que dans une perspective à la deuxième personne, c'est-à-dire dans le contexte d'une relation patient-thérapeute. Parce que ces personnes ont vécu des relations abusives souvent au-delà de notre imagination, il est important que le processus diagnostique se fasse dans un esprit collaboratif. Ceci d'autant plus que les patients dans leur PAN sont particulièrement évitants de leurs symptômes dissociatifs.

Le processus diagnostique dans un cadre thérapeutique ne peut pas être comparé à un tel processus dans le cadre d'une recherche. La relation clinicien-patient n'est pas la même, le temps à disposition non plus, et les objectifs ne sont pas entièrement les mêmes. Dans un contexte thérapeutique, le thérapeute

devrait prendre le temps nécessaire à ce que le processus diagnostique se fasse en toute sécurité, en pensant à la sécurité du patient mais aussi à la sécurité de la relation thérapeutique. Par ailleurs dans certains cas, cela peut prendre de nombreuses séances, voire des mois de traitement, avant de pouvoir faire un diagnostic différentiel entre TDI et TDI partiel (Dell, 2009 ; Nijenhuis, 2017a). Vues la gravité et la complexité de ces troubles, un long processus thérapeutique n'est pas un luxe mais une nécessité. Par ailleurs, la psychothérapie est déjà engagée pendant le processus diagnostique ; il n'y a donc pas de perte de temps.

Conceptualiser les troubles dissociatifs

De manière intéressante chacune des trois grandes approches thérapeutiques – psychanalytique, cognitivo-comportementale, systémique-familiale – a vu le développement en son sein d'une théorie de *parties*. Dans le champ psychanalytique, la théorie des états du moi (TEM) a été développée par les époux Watkins (1997). Ils se basent sur les travaux du psychanalyste Federn (1952) et intègre aussi le concept de dissociation de Janet. Nous pouvons aussi évoquer ici les travaux de Ferenczi (1985) mais il a été minoritaire et ses travaux ont longtemps été maintenus dans l'oubli. Dans le champ des TCC, Young et al. (2005, 2017) ont développé la thérapie des schémas pour le traitement des troubles de personnalité, en particulier le TPB. Bien que se situant dans le champ des TCC, cette thérapie se base sur la thérapie Gestalt. Young et al. proposent que les troubles de personnalité soient expliqués par le concept de schémas et de modes. Les schémas sont décrits de manière très précise et peuvent être décelés grâce à un long questionnaire. Dans le champ des thérapies systémiques, Schwartz (2009) a développé la thérapie par le Système Familial Intérieur (SFI). Il considère que le système interne est constitué comme une famille et il décrit des typologies de parties internes par des dénominations symboliques (exilés, managers, pompiers, en plus du *self*). Comme dans la TEM, il propose que la thérapie devrait cibler une meilleure relation entre les parties internes. Tant la thérapie des schémas que le SFI ont été fortement influencés par la TEM. Ces trois variantes mettent en avant que l'être humain est une multiplicité de parties intérieures qui interagissent entre elle, chacune sur des bases théoriques différentes propres à leur champ d'analyse.

Young a une position très prudente sur le sujet des TD et n'a pas proposé de traitement spécifique pour ces patients. Tout au plus dit-il (Young et al., 2005, p.

74) que les différentes parties des TDI « sont des formes extrêmes de modes dysfonctionnels » et que le « clivage n'est pas allé aussi loin » chez les TPB en comparaison des TDI.

Parmi ces différents auteurs pré-cités, seuls les Watkins (1997) se sont intéressés au traitement des TD. Comme nous l'avons dit ailleurs (Piedfort-Marin, 2017), la théorie et la thérapie des états du moi ont été développées par John et Helen Watkins dans les années 1970, 1980 et 1990 et résumées dans leur livre publié en 1997. Cette approche tient sur trois piliers : la psychanalyse (dont certains concepts spécifiques de Federn [1952]), le concept de dissociation de Janet et l'hypnose. Ils ont également intégré plus tard le concept de néodissociation (Hilgard, 1973, 1977) mais sans le distinguer du concept de dissociation de Janet (1909). Watkins et Watkins ne définissent pas la dissociation en tant que telle et leurs références à Janet s'avèrent pauvres et extrêmement succinctes, moins de dix pages (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse).

Cependant, on doit sans doute aux Watkins que Janet ne fut pas complètement oublié. La TEM n'est pas une théorie d'une grande consistante interne, mais plutôt un assemblage de concepts d'origines diverses. Les objectifs des Watkins étaient d'ailleurs de développer une théorie et thérapie *intégrative* (Leutner & Piedfort-Marin, sous presse), et sans doute est-elle parfois plus éclectique qu'intégrative. On leur doit d'avoir développé une clinique des TD qui est d'une grande richesse clinique et qui a fortement influencé les spécialistes actuels des TD.

Il nous semble que la TDSP est une théorie de parties qui a une cohérence interne solide et permet de conceptualiser l'ensemble des troubles liés à des traumatismes et présentant donc une dissociation structurelle de la personnalité. Elle est basée sur une définition sensible et spécifique de la dissociation et propose une conceptualisation de cas utile et aidante pour les thérapeutes. Basée sur les travaux de Pierre Janet, la TDSP ne propose pas seulement une approche de parties, mais elle propose aussi – et surtout – un concept précis de l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives. La TDSP propose aussi une compréhension fine des actions des patients traumatisés, à travers le concept de système d'action et de la hiérarchie des tendances à l'action. Nous avons donné quelques exemples dans la 3^{ème} partie de la thèse (point 3.4.2.) de l'intérêt de la hiérarchie des tendances à l'action. Néanmoins il nous semble que les implications cliniques concrètes (pour la conceptualisation de cas et les interventions thérapeutiques) de la hiérarchie des tendances à l'action pourraient

être davantage développées comme une suite aux écrits de Van der Hart et al. (2010) et Nijenhuis (2017a). Il y a là une richesse théorico-clinique insoupçonnée masquée derrière la complexité de ce concept.

Il convient de différencier le processus diagnostique et le processus de conceptualisation de cas. La présence d'une dissociation structurelle au sens de la TDSP ne signifie pas qu'il y ait obligatoirement un diagnostic de TD. Nous observons régulièrement cette erreur. De nombreux troubles peuvent avoir comme explication une structure dissociative, en particulier lorsque l'étiologie inclut un vécu de traumatismes, comme par exemple un trouble panique, un trouble obsessionnel compulsif, des troubles sexuels, etc. La conceptualisation de cas de troubles non-dissociatifs sous l'angle de la TDSP est un domaine de recherche clinique intéressant. Les cliniciens doivent être attentifs à la fois à ne pas sous-diagnostiquer les TD, principalement par manque d'information. Ils doivent être tout autant attentifs à ne pas sur-diagnostiquer les TD sur la base de confusion entre diagnostic et conceptualisation de cas. Si l'on peut raisonnablement dire que tous les cas de TDI et de TDI partiel ont une dissociation structurelle, l'inverse n'est pas juste : tous les cas de dissociation structurelle ne sont pas des TD.

Surmonter les troubles dissociatifs

Selon Ellenberger (1950, p. 482 ; cité par Van der Hart et al., 1989) la psychothérapie de Janet « non seulement n'exclut pas les autres méthodes, mais elle permet souvent de mieux les comprendre et d'en préciser le domaine d'application. Elle constitue moins une thérapeutique spéciale qu'une économie générale de la psychothérapie. » Cela s'applique aussi à la TDSP.

En général, les cliniciens s'embarquent dans le traitement de TD alors qu'ils sont déjà formés dans une ou plusieurs approches et ils doivent alors intégrer dans leurs concepts théoriques ces patients qui ne correspondent à rien. Les auteurs pionniers dans le champ des TDI comme par exemple Putnam (1989), Fine (1993) ou Kluft (1993, 1999, 2012) ont développé leur propre compréhension et approche thérapeutique des TD sur leurs bases psychanalytiques. O'Neil (2009) fait remarquer que Richard Kluft est le seul spécialiste américain éminent des TD membre de l'IPA (International Psychoanalytical Association – Association Psychanalytique Internationale), alors que les autres auteurs importants de ce

champ de recherche sont des psychanalystes non membres de cette association. Kluft a réussi à réunir son approche de base, la psychanalyse, ainsi que les spécificités concernant les TD comme en témoigne le fait qu'il fut président de l'ISSTD. Il fut aussi président de la Société Américaine d'Hypnose Clinique et de la Société pour l'Hypnose Clinique et Expérimentale. Voici un parcours intégratif impressionnant.

Lorsque l'on commence à travailler avec des patients souffrant d'un TD sévère, nos approches de base – quelles qu'elles soient – ne suffisent plus et sont dépassées, tant au niveau conceptuel que thérapeutique. Mais toutes peuvent apporter quelque chose d'intéressant et d'utile au traitement des TD. En tant que clinicien, se confronter à la dissociation implique de s'interroger sur les concepts sous-jacents de trauma et de dissociation et leur historique. Sachant que le terme « dissociation » est utilisé pour décrire des phénomènes différents et nombreux, il vaut parfois mieux ne pas l'utiliser et décrire de que l'on voit devant soi de la manière la plus brute possible. Nous ne pouvons qu'observer qu'intégrer le concept de dissociation est un long chemin semé d'embûches.

Il y a un large accord que la prise en charge des TD doit suivre un traitement orienté par phases. Néanmoins ce type de traitement doit être connecté au concept précis d'intégration selon la TDSP (synthèse et réalisation, avec la personnification et la présentification) parce que la psychothérapie devrait, lorsque c'est possible, cibler l'intégration, même partielle. Dans les cas sévères l'intégration doit se faire très progressivement. A travers les articles cliniques présentés dans cette thèse et d'autres vignettes cliniques, nous avons illustré que le chemin vers l'intégration est difficile pour les patients. Ils entrent en contact avec la souffrance psychique et physique, parfois d'un niveau insoutenable. Tous les patients TD ne pourront pas atteindre la fusion ou unification des parties dissociatives. En ce qui concerne les TDI, comme le notent les experts de l'ISSTD (2011) :

« Même après avoir subi un traitement considérable, un nombre important de patients atteints de TDI ne pourront pas réaliser la fusion finale et/ou ne considéreront pas la fusion comme souhaitable. De nombreux facteurs peuvent contribuer à l'incapacité des patients à réaliser la fusion finale : stress situationnel chronique et grave ; évitement des problèmes de vie non résolus et extrêmement douloureux, y compris les souvenirs traumatiques; manque de ressources financières pour le traitement ; troubles médicaux

comorbides ; âge avancé ; comorbidités importantes et ininterrompues de l'axe I et/ou de l'axe II du DSM ; et/ou investissement narcissique important dans les identités alternantes et/ou le TDI lui-même ; entre autres. En conséquence, un résultat plus réaliste à long terme pour certains patients peut être un arrangement coopératif parfois appelé "résolution", c'est-à-dire un fonctionnement suffisamment intégré et coordonné entre les identités alternantes pour promouvoir un fonctionnement optimal. Cependant, les patients qui parviennent à un arrangement coopératif plutôt qu'à une fusion finale peuvent être plus vulnérables à une décompensation ultérieure (en TDI floride et/ou en TSPT) lorsqu'ils sont suffisamment stressés. »

Pour ce qui est du TDI partiel, la psychothérapie sera plus axée sur un contrôle des intrusions lorsqu'une fusion/unification totale n'est pas (entièrement) possible.

Par rapport aux techniques et méthodes psychologiques pouvant être avantageuses dans le traitement des TD, les experts de l'ISSTD (2011) en mentionnent plusieurs qui sont les suivantes. L'hypnose facilite la thérapie et peut prendre des formes différentes selon les patients : hypnose conversationnelle, transe légère, transe profonde, exercices hypno-imaginatifs. La thérapie EMDR peut aussi être intéressante dans certains cas, avec différentes variations possibles du protocole standard. La thérapie sensorimotrice (Ogden, Minton & Pain, 2006) peut également être très utile, ceci d'autant plus que de nombreux symptômes dissociatifs sont sensorimoteurs. Enfin des méthodes expressives et occupationnelles peuvent être un atout : art-thérapie, ergothérapie, etc.

A cela nous aimerions rajouter que certaines techniques TCC peuvent aussi être utiles dans la gestion des symptômes pour soutenir les patients à faire des actions qu'ils tendent à éviter. En fin de compte, l'intégration (au sens de la TDSP) implique des expositions minimales progressives aux PE, puis aux souvenirs traumatiques. Comme le précise Nijenhuis (2017a, p. 431), il s'agit avant tout d'une *auto*-exposition et non une exposition à une réalité soi-disant objective. Par exemple, il n'y a pour ces patients pas de peurs irrationnelles. Les peurs peuvent être irrationnelles pour la PAN (et pour certains thérapeutes), mais pour la PE cette peur, ressentie dans le présent, fait référence à un événement passé revécu perpétuellement. Ces expositions doivent impérativement prendre en compte la dissociation structurelle. Elles doivent aussi tenir compte du niveau des tendances à l'action des parties dissociatives concernées. Souvent, selon où l'on se situe dans

la thérapie, l'utilisation de symboles (peluches, objets, dessins) peut être plus efficace que l'utilisation de mots, que ce soit avec une PAN ou une PE.

La thérapie systémique peut être un bagage avantageux dans le travail axé sur la communication entre les parties dissociatives.

Enfin, faire appel aux concepts psychodynamiques de transfert et de contre-transfert s'avère indispensable, comme on l'a vu dans un des articles présentés dans la 3^{ème} partie.

Au-delà des méthodes utilisées, le thérapeute devrait clarifier les raisons de ses choix de méthodes. Les aspects contre-transférentiels jouent en effet un rôle ici aussi. Par exemple un thérapeute peut vouloir faire de l'EMDR avec un patient parce que cela lui donne un sentiment de maîtrise qui va neutraliser son sentiment de désarroi ou d'impuissance. Le choix de cette méthode connue pour être rapide dans les cas de traumatisme simple (p. ex. : le TSPT) peut être aussi un signe d'évitement de la part du thérapeute avec une pensée pas toujours conscientisée du type « le plus vite on sort de ça, je mieux je m'en porterai » (Piedfort-Marin, 2018). On peut aussi avoir les mêmes remarques concernant l'hypnose. Les approches et méthodes se situant parfois à un niveau cognitif élevé (p. ex. : thérapie cognitive, thérapie psychodynamique) devront s'adapter pour être au plus près du patient qui, lui s'exprime davantage par des actions corporelles, en particulier en début de traitement.

Les thérapeutes souhaitant travailler avec des patients souffrant de TD, en particulier les TD sévères comme le TDI et le TDI partiel, devront donc faire preuve d'intégration, en intégrant à leurs fondamentaux des techniques et méthodes nouvelles. Ils devront aussi intégrer l'existence de faits sociaux et familiaux horribles comme la guerre, la négligence crasse, les violences sexuelles intrafamiliales, etc. Quand bien même on sait que cela existe, on ne se rend sans doute pas compte de leur fréquence et de l'horreur que c'est. *Savoir* n'équivaut pas à *sentir* ou *vivre*. Les thérapeutes voient de leur yeux les réactivations traumatiques de certaines PE. Certaines PE leur racontent ce qu'elles vivent alors qu'elles font l'expérience dans *l'ici et maintenant* du cabinet de psychothérapie de ce qui date de 20 ou 30 ans ou plus. Travaillant dans une relation de proximité affective avec leurs patients, les thérapeutes vont quitter le champ du *savoir* (perspective à la troisième personne) pour être dans le champ du *sentir*

(perspectives à la première personne et à la quasi-deuxième personne). Ils devront y faire face ou apprendre à y faire face et chercher du soutien lorsque c'est nécessaire, sous forme de supervision, échanges avec des collègues et une psychothérapie propre. Pour notre part, nous utilisons toutes ces aides, en particulier des séances de psychothérapie axées de manière ciblée sur les aspects contre-transférentiels. Toute autre activité non professionnelle est aussi indispensable pour faire un contrepoids aux images et sensations d'horreurs. Ce travail particulier avec les patients TD implique que le thérapeute cherche un équilibre entre les différentes perspectives de personne. Comme le résume bien Nijenhuis, 2017a, p. 37) :

« L'empathie, la sympathie et d'autres formes de proximité phénoménale avec les expériences d'autrui exigent plus que l'engagement dans la perspective de la première personne. Il faut également s'engager dans la perspective de la seconde personne qui implique une relation phénoménale entre "je" et "tu". Les cliniciens s'efforcent donc de maximiser leur capacité et leurs compétences pour s'engager dans cette perspective. Ils s'efforcent de s'accorder aux expériences subjectives des personnes traumatisées et à la façon dont ce doit être d'être traumatisé et d'avoir tous les symptômes d'un traumatisme. Dans le même temps, ils sont conscients qu'en agissant ainsi, ils ne doivent pas se perdre de vue, ni personnellement ni professionnellement. »

La psychothérapie est une rencontre unique entre deux individus. En particulier dans le cadre d'une psychothérapie de patients gravement traumatisés dans leur enfance, cette rencontre fait face à de nombreux défis ... pour les deux partenaires de cette dyade. Nous l'avons décrit dans l'un de nos articles de la 3^{ème} partie de cette thèse. Ferenzci (1916, 1985) déjà l'a très bien décrit il y a un siècle. Judith Herman (1992b, p.140) a écrit que « le traumatisme est contagieux. » Il faut également tenir compte du fait qu'un certain nombre de psychothérapeutes portent en eux des traumatismes non résolus.

Le travail thérapeutique avec les patients TD implique que les thérapeutes soient « hautement conscients de, et intègrent, leurs propres perspectives de personne (première, deuxième, quasi-deuxième, et troisième) et celles du patient (première, deuxième, quasi-deuxième, et troisième) » (Nijenhuis, 2017a., p. 34)

Cette dyade patient-thérapeute est un environnement que chacun co-construit, ceci dans un cadre socio-économique et culturel donné qui influence la dyade. Thérapeutes et patients peuvent aussi participer à la co-construction de leur environnement plus large. On voit ainsi que les scandales de harcèlement et violences sexuelles portés à la connaissance du grand public par des gens connus ou à propos de gens connus font changer notre vision et notre réponse, en tant que groupe social, aux violences sexuelles. Dans ces cas, on s'étonne souvent qu'une famille 'bien comme il faut' cachait en fait des incestes. Il s'agit de familles apparemment normales, parfois dans un microscope parisien apparemment normal, dans une société apparemment normale. A tous les niveaux on préfère l'ignorance, comme une forme de contrôle face à la fragilité. On s'étonne de voir le film « Festen » sorti en 1998, se rejouer régulièrement aux informations télévisées et invité dans les émissions littéraires.

Il n'y a quasiment pas de recherches sur l'efficacité des traitements des TD sévères, comme le TDI ou les ATDS. Ces patients sont généralement exclus des études contrôlées randomisées à cause de leur sévérité, complexité, et de leurs comorbidités. Par ailleurs ce sont souvent de longues thérapies individualisées, s'accommodant mal d'un protocole standardisé. Elles ne répondent donc pas aux critères de recherche sur l'efficacité des psychothérapies. Néanmoins une étude naturalistique longitudinale de Brand et al. (2012) a montré que les thérapies individuelles qui suivaient les recommandations de l'ISSTD avaient un effet positif sur les comportements auto-dommageables, le nombre d'hospitalisations et le niveau global de fonctionnement. Brand et Loewenstein (2014) démontrent l'effet bénéfique d'un traitement intégratif qui comprend un travail de communication avec les parties dissociatives. Néanmoins la recherche sur l'efficacité des psychothérapies de TD sévères est le parent pauvre de ce domaine, certainement par manque de moyens financiers. Nijenhuis (2017a) fait remarquer que les spécialistes internationaux des TD ont des visions similaires, ou en tout cas très proches, du traitement des TD. Ce consensus devrait permettre le développement de futures recherches d'efficacité au niveau international, probablement en privilégiant des études de cas unique ou multiples.

CONCLUSION

ET

PERSPECTIVES

Ainsi à travers ces articles, nous avons abordé les patients et patientes souffrant de TD dans une perspective à la troisième personne, c'est-à-dire en les considérant comme un objet d'étude. Nous les avons aussi abordés dans une perspective à la deuxième personne, en vivant la relation thérapeutique patient-thérapeute si importante pour des personnes qui ont souffert de relations maltraitantes, d'abus de pouvoir et de trauma de trahison (Freyd, 2008). Nous avons tenté d'être au plus proche de leurs perspectives à la première personne et à la quasi-deuxième personne, afin d'être au plus proche de leur vécu si particulier et singulier. Enfin nous avons montré comment la perspective du thérapeute à la première personne et sa perspective à la quasi-deuxième personne lui sont nécessaires pour vivre la relation thérapeutique de manière authentique et pour accéder à des informations contre-transférentielles essentielles.

Le concept de dissociation souffre d'un trouble de définition multiple, comme disaient plusieurs spécialistes lors d'un congrès. Pour penser les TD, il est indispensable d'avoir un concept de la dissociation qui soit cohérent et délimité. Chaque approche thérapeutique est une tentative de comprendre et de décrire les troubles psychiques, leur apparition, leur développement et leur traitement. Chaque approche a ses limites et les TD confrontent les différentes approches thérapeutiques à leurs limites. Dans notre propre cheminement de psychothérapeute TCC, à nos débuts dans le champ des TD, nous nous sommes rendu compte de l'impossibilité de comprendre nos patients ou de les aider convenablement. L'intérêt pour les TD – qu'à l'époque on nommait hystérie – était un des thèmes centraux de la psychopathologie à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle. Les travaux de Janet faisaient alors autorité et les premiers travaux de Freud allait dans le même sens. Puis l'intérêt pour ces personnes et leurs troubles s'est épuisé avant d'émerger de nouveau récemment.

Nous avons vu que le chemin est difficile pour les patients et leurs thérapeutes pour accéder à une reconnaissance, un diagnostic et une prise en charge des troubles dissociatifs. Surmonter les troubles dissociatifs sévères est en effet un défi technique, humain et relationnel. C'est également un défi au niveau sociétal.

Quelles sont les perspectives possibles dans la suite de ce travail ?

Nous avons fait le constat difficile que les études épidémiologiques sur les TD sont quasi-inexistantes mais que les TD représentent une catégorie de troubles psychiatriques sévères, invalidants, coûteux et nécessitant une formation spécifique des professionnels. Pourtant nous faisons le constat que ces troubles ne font pas l'objet d'une attention particulière dans les programmes universitaires et post-grade.

Voici plusieurs questions de recherche qui s'imposent alors :

- Quelles sont les universités qui proposent des cours sur les TD dans le master de psychologie et les études de médecine ?
- Quels sont les procédés de détection des TD dans les établissements publics de soin psychiques ?
- Combien y a-t-il de personnes TD dans la population psychiatrique hospitalière et ambulatoire ?
- Combien y a-t-il de personnes au bénéfice de compétences minimales pour prendre en charge des patients présentant des TD sévères dans les établissements publics ?
- Comment mieux distinguer le TDI et le TDI partiel d'autres troubles comme la schizophrénie et le TPB ?

Nous espérons que cette thèse ouvrira la voie à des moyens de réponses à ces questions afin d'aider ces personnes qui en ont tant besoin.

LISTE DES ARTICLES ET TEXTES PRESENTES DANS CETTE THESE

Dans l'ordre chronologique de leur présentation dans la thèse

1^{ère} partie

Piedfort-Marin, O., Rignol, G., & Tarquinio, C. (sous presse). Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes faces aux études scientifiques. *Annales Médico-Psychologiques*

Piedfort-Marin, O. (en soumission). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité : une théorie explicative des troubles d'origine traumatique et compatible avec la thérapie comportementale. (Accepté moyennant des révisions majeures par la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* ; 2^{ème} version révisée soumise).

2^{ème} partie

Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., Azarmsa, S., Cuttelod, T., Piot, M.E., Wisler, D., Zimmermann, E., & Nater, J. (sous presse). Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. *Annales Médico-Psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.12.012>

Piedfort-Marin, O. (2019). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas. *Annales Médico-psychologiques*, 177, 788-795.

3^{ème} partie

Piedfort-Marin, O., Wisler, D., Piot, M.-E., Spagnoli, D. (2017). Version française adaptée de l'Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI). *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 241-253.

Piedfort-Marin, O. (2016). Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique: Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. Vol 21(2). 4-21.

Piedfort-Marin, O. (2019). Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 100129 <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100129>

Piedfort-Marin, O. (2019). Synthesis and realization (personification and presentification): the psychological process of integration of traumatic memories in EMDR psychotherapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13-1, 75-87.

Piedfort-Marin, O. (en soumission). Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration. *European Journal of Trauma and Dissociation*

Piedfort-Marin, O. (2019). When the therapist's trauma emerge in a psychotherapy session: the use of trauma related countertransference. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 181-189.

Piedfort-Marin, O. (2019). Le trauma et le thérapeute – Editorial. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 147-149.

Des extraits de cet ouvrage ont aussi été présentés dans la thèse

Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles : Satas.

REFERENCES

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2020). Psychiatrie – Chiffres clés. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psy_2019.pdf (downloadé le 18.1.2021)
- Allen, J. (2000). Introduction: Advances in diagnosing and treating trauma. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 143–145.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition (DSM-IV)*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^{ème} édition) (DSM-5)*. Paris : Elsevier-Masson.
- Auxéméry, Y. (2015). Névrose et psychose : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? *Annales Médico-Psychologiques*, 173 (8), 643-648.
- Azam. E. (1893). *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité : le cas Félicité X*. Paris : J.B. Baillière et fils.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). London: Guilford Press.
- Belli, H. (2014). Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World Journal of Clinical Cases*, 2 (8), 327-331.

- Belli, H., Ural, C., Vardar, M.K., Yesilyurt, S., & Oncu, F. (2012). Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 975-980.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, *174*, 727-735.
- Bleuler E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Madison, CT: International Universities Press (first published in German in 1911).
- Bliss, E.L. (1980). Multiple personalities. A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 1388-1397.
- Boon, S., & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 458-462. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.458> .
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 489-494.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: indications and contraindications. *Dissociation*, *10* (2), 65-79.
- Boon, S., & Matthess, H. (2015). *Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I) Manual*. Maarssen, NL.
- Boon, S., & Matthess, (2016). Interview pour troubles dissociatifs et symptômes liés au trauma. Document mis à disposition des auteurs et traduit. Disponible en ligne le 10.01.2021 : https://www.irpt.ch/data/web/irpt.ch/uploads/pdf/iddts_fr.pdf
- Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. New York, NY: Norton.
- Bowman, E.S., & Coons, P.M. (2000). The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *64* (2), 164-180.
- Brand, B.L., & Chasson, G.S. (2015). Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychological Trauma*, *7*, 93-101.

- Brand, B.L., Dalenberg, C.J., Frewen, P.A., Loewenstein, R.J., Schielke, H.J., Jolie, S., & Spiegel, D. (2018). Trauma-Related Dissociation Is No Fantasy: Addressing the Errors of Omission and Commission in Merckelbach and Patihis (2018). *Psychological Injury and Law*, 11 (4), 377–393. <https://doi.org/10.1007/s12207-018-9336-8>
- Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., Pain, C., & Putnam, F. W. (2012). A Longitudinal Naturalistic Study of Patients With Dissociative Disorders Treated by Community Clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (4), 301-308
- Brand, B.L., & Loewenstein, R.J. (2014). Does phasic treatment make patients with dissociative identity disorder more dissociative? *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(1), 9-31.
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating Fact from Fiction: An Empirical Examination of Six Myths About Dissociative Identity Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000100>
- Brand, M., Eggers, C., Reinhold, N., Fujiwara, E., Kessler, J., Heiss, W.D., & Markowitsch, H.J. (2009). Functional brain imaging in 14 patients with dissociative amnesia reveals right inferolateral prefrontal hypometabolism. *Psychiatry Research*, 174(1), 32-9.
- Braun, B. G. (1988a). The BASK (behaviour, affect, sensation, knowledge) model of dissociation: Part 1. *Dissociation*, 1 (1), 4-15.
- Braun, B. G. (1988b). The BASK model of dissociation: Part 2, treatment. *Dissociation*, 1 (2), 16-23
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Putnam, F. W., Southwick, S. M., Marmar, C., Charney, D. S., Mazure, C. M. (1998). Measurement of dissociative states with the Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress*, 11 (1), 125-136.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Briere, J., & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31.

- Briere, J. (2002). *Multiscale Dissociation Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Weathers, F.W., Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multi Scale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 221-231.
- Brown, D. (2012). Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs. In : M. Kedia, J. Vanderlinden, G. Lopez, I. Saillot, & D. Brown. *Dissociation et mémoire traumatique*. (pp. 177-233). Paris : Dunod.
- Carlson, E.B., Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 6*, 16-27.
- Carlson, E. B. (2014). Présentation en plénière à la Conférence de la European Society for Trauma and Dissociation, ESTD. Copenhague, Danemark.
- Carlson, E.B., Waelde, L.C., Palmieri, P.A., Macia, K.S., Smith, S.R., McDade-Montez, E., (2018). Development and validation of the dissociative symptoms scale. *Assessment, 25* (1), 84-98.
- Černis, E., Cooper, M., Chan, C. (2018). Developing a new measure of dissociation: The Dissociative Experiences Measure, Oxford (DEMO), *Psychiatry Research, 269*, 229-236.
- Chalavi, S., Vissia, E.M., Giesen, M.E., Nijenhuis, E.R.S., Draijer, N., Cole, J.H., Dazzan, P., Pariante, C.M., Madsen, S.K., Rajagopalan, P., Thompson, P.M., Toga, A.W., Veltman, D.J., & Reinders, A.A.T.S. (2015). Abnormal Hippocampal Morphology in Dissociative Identity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Correlates with Childhood Trauma and Dissociative Symptoms. *Human Brain Mapping, 36* (5), 1692-1704. <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>
- Chen, J., & Shi, S. (2011). A review of neuroimaging studies of anxiety disorders in China. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7*, 241-249.
- Chu, J.A. (1991). On the misdiagnosis of multiple personality disorder. *Dissociation, 4*, 200-204.
- Cloitre, M, Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C. and Green, B.L. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*, (6), 615–627.

- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 138 (6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Coons, P.M. (1986). Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 715–21.
- Coons, P.M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461–4.
- Courtois, C., Ford, J., Cloitre, M. (2009). Best practices in the treatment for adults. In: Courtois, C., Ford, J. (Eds.) *Treating post-traumatic stress disorder*. New-York: Guilford Press.
- Crapet, M. (2012). Le concept de discordance dans la schizophrénie : est-il toujours d'intérêt en 2012 ? Thèse de médecine. Université de Nantes.
- Dalenberg, C.J. (1996). Accuracy, Timing and Circumstances of Disclosure in Therapy of Recovered and Continuous Memories of Abuse. *Journal of Psychology and Law*, 24 (2), 229-275.
- Dalenberg, C.J., Brand, B.L., Gleaves, D.H., Dorahy, M.J., Loewenstein, R.J., Cardena, E., Frewen, P.A., Carlson, E.B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138, 550-588.
- Dalenberg C.J., Brand, B.L., Loewenstein, R.J., Gleaves, D.H., Dorahy, M.J., Cardena, E., Frewen, P.A., Carlson, E.B., & Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, 140, 911-20.
- Darves-Bornoz, J.M. (1997). Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 71(1), 59-65. doi:10.1016/s0301-2115(96)02605-x
- Darves-Bornoz, J.M., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1995). Why is dissociative identity disorder infrequent in France? *American Journal of Psychiatry*, 152(10),1530-1531. doi:10.1176/ajp.152.10.1530b
- Darves-Bornoz, J.M., Lépine, J.P., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13(6), 281-287. doi:10.1016/S0924-9338(98)80045-X

- Darves-Bornoz, J.M., Berger, C., Degiovanni, A., Gaillard, P., & Lépine, J.P. (1999). Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a French follow-up study. *Journal of Traumatic Stress, 12*(4), 613-623. doi:10.1023/A:1024713017052
- Darves-Bornoz, J.M., Degiovani, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French version of the dissociative experience scale in a rape victim population. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 271-275.
- Dell, P.F. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 1-26.
- Dell, P.F. (2006). The Multidimensional Inventory of dissociation (MID): a comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*, 77-106.
- Dell, P.F. 2009. The long struggle to diagnose multiple personality disorder (MPD): partial MPD. In: Dell, P.F., O'Neil, J.A. (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-IV and beyond*. Taylor & Francis, New York, NY, pp. 403-428.
- Dell, P.F., & O'Neil, J.A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge.
- DePrince, A.P., Allard, C.B., Oh, H., & Freyd, J.J. (2004). What's in a Name for Memory Errors? Implications and Ethical Issues Arising From the Use of the Term « False Memory » for Errors in Memory for Details. *Ethics & Behavior, 14*(3), 201-233. https://doi.org/10.1207/s15327019eb1403_1
- Dorahy, M.J. (2001). Dissociative identity disorder and memory dysfunction: The current state of experimental research and its future directions. *Clinical Psychological Review, 21*, 771-795.
- Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., et al. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 197*, 892-898.
- Dorahy, M.J., & Van der Hart, O. (2015). DSM-5's posttraumatic stress disorder with dissociative symptoms: challenges and future directions. *Journal of Trauma and Dissociation, 16* (1), 7-28.
- Draijer, N., & Boon, S. (1999). The imitation of dissociative identity disorder: Patients at risk, therapists at risk. *Journal of Psychiatry and Law, 27*(3-4), 423-458.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehling, T., Nijenhuis, E.R.S., & Krikke, A.P. (2008). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings. In E.R. de Kloet, M.S. Oitzl, & E. Vermetten (Eds.), *Progress in brain research* (Vol. 167, pp.301-310). Amsterdam: Elsevier.
- Ellenberger H. F. (1950) : La psychothérapie de Janet. In *Hommage à Pierre Janet : L'Évolution Psychologique* pp. 465-482 .
- El-Hage, W., Darves-Bornoz, J.M., Allilaire, J.F., & Gaillard, P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3 (3), 59-73.
- Ellason, J.W., & Ross, C.A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(4), 236-41. doi: 10.1097/00005053-199504000-00009. PMID: 7714512.
- Elliott, D.M., & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), 629-647. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080407>
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the psychoses*. New-York : Basic Books, Inc. Traduction française (1979). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : PUF.
- Ferenczi, S. (1916). Introjection and transference. In his *Contributions to psychoanalysis* (pp. 30-80.). Boston: Richard G. Badger. (Original work published 1909).
- Ferenczi, S. (1985). *Journal Clinique*. Paris : Payot. (édition originale anglaise : 1969)
- Fine, C.G. (1989). Treatment errors and iatrogenesis across therapeutic modalities in MPD and allied disorders. *DISSOCIATION*, 2, 77–82.
- Fine, C. G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 135-154). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Follin, S., Chazaud, J., & Pilon, L. (1961). Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Évolution Psychiatrique*, 26, 257-286.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.623
- Foote, B., & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Report*, 10(3), 217-22.
- Forgash, C., & Copeley, M. (2016). *Guérir le traumatisme et la dissociation par l'EMDR et la thérapie des états du moi*. Bruxelles : Satas. (édition originale en anglais : 2008)
- Frangeul, L. (2020). *Analyse critique des outils d'évaluation de la dissociation et troubles dissociatifs : considérations théoriques, psychométriques, et pratiques*. (Travail de master). Université de Lorraine.
- Frederick, C. (2005). Selected Topics in Ego State Therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53 (4), 339-429.
- Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore : Williams & Wilkins; 1975.
- Freud, S., Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1956.
- Freud, S, & Breuer, J. (2004). *Studies in hysteria*. London: Penguin Books.
- Freyd, J.J., & Gleaves, D.H. (1996). « Remembering » words not presented in lists : Relevance to the current recovered/false memory controversy. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, Cognition*, 22(3), 811-3.
- Freyd, J.J. (2008) Betrayal trauma. In G. Reyes, J.D. Elhai, & J.D. Ford (Eds). *Encyclopedia of psychological trauma*, (p. 76). New York: John Wiley & Sons.
- Gast, U., Zündorf, F., & Hofmann, A. (2000). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-dissoziative Störungen (SKID-D): Manual*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H.M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 249-257. doi:10.1097/00005053-200104000-00007

- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M., Smeets, E., & Van Heerden, J. (2006). Dissociative symptoms and how they relate to fantasy proneness in women reporting repressed or recovered memories. *Personality and Individual Differences, 40* (6), 1143-1151.
- Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin, 134*, 617–647.
- Gingrich, H.D. (2009). Assessing Dissociative Symptoms and Dissociative Disorders in College Students in the Philippines. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 18* (4), 403-418. DOI: [10.1080/10926770902901881](https://doi.org/10.1080/10926770902901881)
- Ginzburg, K., Somer, E., Tamarkin, G., & Kramer, L. (2010). Clandestine psychopathology: unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 378-381.
- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin, 120*, 42–59.
- Goff, D.C., Olin, J.A., Jenike, M.A., Baer, L., & Buttolph, M.L. (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 332–337. <https://doi.org/10.1097/00005053-199205000-00008>.
- Goldberg, L.R. (1999). The Curious Experiences Survey, a revised version of the Dissociative Experiences Scale: Factor structure, reliability, and relations to demographic and personality variables. *PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT, 11*(2), 134–145.
- Gonzales, A., & Mosquera, D. (2012). *EMDR and dissociation: the progressive approach*. Authors.
- Goodman, G.S., Ghetti, S., Quas, J.A., Edelstein, R.S., Alexander, K.W., Redlich, A.D., Cordon, I.M., & Jones, D.P.H. (2003). A Prospective Study of Memory for Child Sexual Abuse: New Findings Relevant to the Repressed-Memory Controversy. *Psychological Science, 14* (2), 113-8.
- Greaves, G.B. (1980). Multiple personality: 165 years after Marv Reynolds. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 577-596.
- Grinder, J. & Bander, R. (1976). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H Erikson, Volume 1*, CA: Captita.

- Gysi, J. (2020). Diagnostik von Traumafolgestörungen: Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Bern: Hogrefe.
- Hayman, P.M., Sommers-Flanagan, R., Parsons, J.P. (1987) Aftermath of violence: Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam veterans. *Journal of counseling and Development* (65), 363-366.
- Herman, J.L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, (5), 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hey, H. (1934). *Hallucinations et délires*. Paris : Alcan.
- Hey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. Paris : Masson.
- Hilgard, E. R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. *Psychological Review*, 80, 396-411.
- Hilgard, E. R. (1977). The problem of divided consciousness : a neodissociation interpretation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 296, 48-59.
- Hollender, M.H., & Hirsch, S.J. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1066-1074.
- Horowitz, M. J. (1973). Phase-oriented treatment of stress responses syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27, 506-515.
- Horowitz, M. J. (1974). Stress response syndroms: character style and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, (31), 768-781.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD. (2011). Chu, J.A., Dell, P.F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P.M., Somer, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., et al. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-18. doi: 10.1080/15299732.2011.537248
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris : Félix Alcan ; Paris, Société Pierre Janet/Payot, 1973.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*. Vol. 1. Paris : Félix Alcan.

- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453. Aussi : in P. Janet (1911), *L'état mental des hystériques* (2^{ème} édition augmentée) (pp. 506–544). Paris: Félix Alcan.
- Janet P. (1909). *Les Névroses*. Paris : L'Harmattan (ré-édition : 2008).
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan.
- Janet, P. (1926a). *Les stades de l'évolution psychologique et le rôle de la faiblesse dans le fonctionnement de l'esprit*. Paris : A. Chahine.
- Janet, P. (1926b). *De l'angoisse à l'extase, Vol. 1, Un délire religieux, La croyance*. Paris : F. Alcan.
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.
- Janet, P. (1936). *L'intelligence avant le langage*. Paris : Flammarion.
- Janet, P. (1938). La psychologie de la conduite. In H. Wallon (Ed.), *Encyclopédie française* (pp. 808-11-808-16). Paris : Société de gestion de l'encyclopédie française.
- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L.S., Dorfel, D., Rohleder, N., & Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 1004-1031.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 261–276.
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, H., Fearon, P., Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 35, 25-48.
- Kihlstrom, J.F. (2005). Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1 (1), 227-253.
- Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P., & Bremner. J.D. (2005). Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 88 (1), 79-86.
- Kluft, R.P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293–8.

- Kluft, R.P. (1991). Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14 (3), 605-629.
- Kluft, R.P. (1993). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 19-50). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1994a). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*. 7 (1), 63-76.
- Kluft, R. P. (1994b). Clinical observations on the use of the CSDS Dimensions of Therapeutic Movement Instrument (DTMI). *Dissociation*. 7(4), 272-283.
- Kluft, R. P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder, *American Journal of Psychotherapy*, 53, 289-319
- Kluft, R.P. (2012). Hypnosis in the treatment of Dissociative identity disorder and allied states: an overview and case study. *South African Journal of Psychology*, 42-2, 146-155.
- Knipe, J. (2019). *La "trousse à outil" de l'EMDR. Théorie et traitement de l'ESPT complexe et de la dissociation*. «2^{ème} édition revue et augmentée. Bruxelles : Satas.
- Krüger, C. and Mace, C.J. (2002). Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 33-51.
- Kundakçi, T., Sar, V., Kiziltan, E., Yargıç, I.L., & Tutkun, H. (2014). Reliability and validity of the Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D): a preliminary study. *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(1), 24-34. doi:10.1080/15299732.2013.821434.
- Laddis, A, & Dell, P.F. (2012a). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13, 397–413.
- Laddis, A., & Dell, P.F. (2012b). All that dissociation instrument measure is not dissociation: "all that glistens is not gold". *Journal of Trauma and Dissociation*, 13 (4), 418-420.
- Landin-Romero R, Moreno-Alcazar A, Pagani M and Amann BL (2018) How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Frontiers in Psychology*, 9, 1395. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01395

- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., Neufeld, R. W., Gati, J. S., & Menon, R. S. (2001). Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation. *American journal of psychiatry*, *158*(11), 1920–1922. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1920>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmal, C., Bremner, J.D., Spiegel, D. (2010). Emotion regulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 640-647.
- Lanius, U.F., & Bergmann, U. (2014). Dissociation, EMDR, and Adaptive Information Processing: the role of sensori stimulation and sensory awareness. In: Lanius, U.F., Paulsen, S.L., & Corrigan, F.M. (Eds.) *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation – Toward an embodied self*. New York: Springer, pp. 213-242.
- Laurence, J.R. (2006). Lorsque science et croyance s'affrontent : dissociation, amnésie dissociative et faux souvenir. In D. Michaux (Ed.), *Hypnose et dissociation psychique*. Paris : Imago.
- Leutner, S., & Piedfort-Marin, O. (sous presse). The concept of ego state: from historical background to future perspectives. *European Journal of Trauma and Dissociation*.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Kirsch, I., Chaves, J. F., Sarbin, T. R., Ganaway, G. K., & Powell, R. A. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: recalling the lessons of the past. *Psychological bulletin*, *125*(5), 507–523. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.507>
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, *21*, 232–252.
- Loewenstein, T.J. (2020). Firebug! Dissociative identity disorder? Malingering? Or ...? An intensive case study of an Arsonist. *Psychological Injury and Law*, *13*, 187-224.
- Loftus, E.F., & Davis, D. (2006). Recovered Memories. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2* (1), 469-498.
- Loftus, E.F., & Ketcham, K. (2012). *Le syndrome des faux souvenirs*. Paris : Editions Exergue.

- Loftus, E.F., Polonsky, S., & Fullilove, M.T. (1994). Memories of Childhood Sexual Abuse : Remembering and Repressing. *Psychology of Women Quarterly*, 18 (1), 67-84.
- Loftus, E.F. (2005). Planting misinformation in the human mind: A 30-year investigation of the malleability of memory. *Learning and Memory*, 12 (4), 361-6.
- Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 1-10. doi:10.1093/schbul/sbaa037
- Lynn, S.J., Rhue, J.W., & Green, J.P. (1988). Multiple personality and fantasy proneness : Is there an association or dissociation? *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5 (3), 138-142.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M., & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological bulletin*, 140(3), 896–910. <https://doi.org/10.1037/a0035570>
- Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., van der Kloet, D. (2012). Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom. *Current Direction in Psychological Science*, 2, 48–53.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and psychopathology*, 13(2), 233–254. <https://doi.org/10.1017/s0954579401002036>
- Maleval, J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris : Payot.
- Maret C. Interview lors du téléjournal du 24 août 2016. Available from URL : <https://www.rts.ch/info/monde/7962342-demantelement-d-un-vaste-reseau-de-pedopornographie-en-europe.html>.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York : The Guilford Press.
- Mayer, J.L., Farmer, R.F. (2003) The development and psychometric evaluation of a new measure of dissociative activities, *Journal of Personality Assessment*, 80, 185-196.

- Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Muris, P. (2001). The Creative Experiences Questionnaire (CEQ) : a brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences, 31*, 987-995.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation : A critical review. *Behavioral Research and Therapy, 39* (3), 245-254.
- Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Schmidt, H. (2002). Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences, 32* (4) 695-705.
- Metzinger T (2003). *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. Cambridge, MA: MIT.
- Mihaescu, G., Vanderlinden, J., Séchaud, M., Heize, X., & Baettig, D. (1998). Le questionnaire de dissociation DIS-Q : résultats préliminaires dans une population Suisse francophone. *Encéphale, 24* (4), 337-346.
- Moleman, N., Van der Hart, O., & Van der Kolk, B.A. (1992). The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180-4*, 271-272.
- Moscovitch, M., Cabeza, R., Winocur, G., & Nadel, L. (2016). Episodic memory and beyond: the hippocampus and neocortex in transformation. *Annual Review of Psychology, 67*, 105-136.
- Moskowitz, A., Schäfer, I., & Dorahy, M.J. (2008). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Moskowitz, A., Mosquera, D., & Longden, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: historical, empirical and clinical perspectives. *European Journal of Trauma and Dissociation, 1*, 37-46.
- Mosquera, D., Gonzales, A., & Van der Hart, O. (2011). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Persona, 11*(1), 44-73.
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C. Prezewowsky, C. Pitman, R. K., & Rufer, M. (2012). Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research, 200*(2-3), 475-481, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.028>.

- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Myrick, A.C., Webermann, A.R., Loewenstein, R.J., Lanius, R., Putnam, F.W., & Brand, B.L. (2017). Six-year follow-up of the treatment of patients with dissociative disorders study. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1):1344080. doi: 10.1080/20008198.2017.1344080. PMID: 28680542; PMCID: PMC5492082.
- Nelson, L. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 4, 7-14
- Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatoform dissociation : phenomena, measurement, and theoretical issues*. London : Norton.
- Nijenhuis, E.R.S. (2009). Document de cours dans le cadre de la formation donnée à Fribourg, Suisse.
- Nijenhuis, E.R.S. (2014). Ten reasons for conceiving and categorizing posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33 (1), 74-106.
- Nijenhuis, E.R.S. (2015a). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 1 and 2: The evolving concept of trauma / The concept and facts of dissociation in trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Nijenhuis, E.R.S. (2015b). Boundaries on the concept of dissociation and dissociative parts of the personality: required and viable. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34 (1), 3-33.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017a). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control. Volume 3: Enactive trauma therapy*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017b). Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 47-62.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017c). La dissociation dans le DSM-5: votre opinion s'il vous plait Docteur Janet ? *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 205-209.
- Nijenhuis, E.R.S. (2019). The metaphor of dissociation: teleological, phenomenological, structural, dynamical. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 44, 72-105.

- Nijenhuis, E.R.S. (in press). Somatoform Dissociation and Agency. In: Dorahy M., Gold S (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New-York: Routledge Press.
- Nijenhuis, E.R.S., & Den Boer, J.A. (2009). Psychobiology of traumatisation and trauma-related structural dissociation of the personality. In P.F. Dell, & J.A. O'Neil (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 337-367). New York: Routledge.
- Nijenhuis, E.R.S., & Reinders, A.A.T.S. (2012). Fantasy Proneness in dissociative identity disorder. *PLoS ONE*, 7 (6), 239-279. Supporting information S1.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 184, 688-694.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'Haenen, J. A. den Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological Psychiatry* (pp. 1079-1098). London: Wiley.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52 (1), 1-23.
- Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (2011). Defining dissociation in trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12 (4), 469-473.
- Office Fédéral de la Santé Publique – OFSP. (2015). Santé psychique en Suisse. État des lieux et champs d'action. Berne, CH.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton.
- O'Neil, J. A. (2009). Dissociative multiplicity and psychoanalysis. In: Dell PF, O'Neil JA. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-IV and beyond*. (pp. 287-328). New York, NY : Taylor & Francis.
- Organisation mondiale de la sante – OMS (1994). *Classification internationale des troubles mentaux – CIM-10*. Paris : Masson.

- Organisation Mondiale de la Santé – OMS. (2019). *ICD-11 [CIM-11] International Classification of Diseases, 11th version*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York, NY : Oxford University Press.
- Paris, J. (2012). The rise and fall of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 200*, 1076–9.
- Petrie, D. (1986). *Sybil*. Film réalisé aux USA.
- Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self*. New York : Norton. Traduction française : *Psychothérapie des états dissociés: Guérir le moi divisé*. Bruxelles : Satas (2001)
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles: Satas.
- Piedfort-Marin, O. (2016). Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique: Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives (Coping with trauma related dissociative symptoms : integrative versus non-integrative therapeutic interventions). *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive. Vol 21(2)*. 4-21.
- Piedfort-Marin, O. (2017). Les états du moi: clarification du concept et de son utilité en psychotraumatologie. *European Journal of Trauma and Dissociation, 1*, 101-109.
- Piedfort-Marin, O. (2018). Transference and countertransference in EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research, 12-3*, 158-172.
- Piedfort-Marin, O. (2019a). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas. *Annales Médico-psychologiques, 177*, 788-795.
- Piedfort-Marin, O. (2019b). Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study. *European Journal of Trauma and Dissociation, 4*, 100129 <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100129>
- Piedfort-Marin, O., Rignol, G., & Tarquinio, C. (sous presse). Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-Psychologiques*.

- Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., Azaransa, S., Cuttelod, T., Piot, M.-E., Wisler, D., Zimmermann, E., & Nater, J. (sous presse). Reliability and validity study of the French language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. *Annales Médico-Psychologiques*.
- Pitres, A., & Régis, E. (1902). *Les obsessions et les impulsions*. Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale normale et pathologique. Paris : Octave Doin.
- Pope, H.G., Barry, S., Bodkin, A., & Hudson, J.I. (2006). Tracking scientific interest in the dissociative disorders : A study of scientific publication output 1984-2003. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 19-24.
- Prince, M. (1911). *La dissociation d'une personnalité*. Paris : Félix Alcan. (1^{ère} édition 1905).
- Putnam, F., & Loewenstein, R. Dissociative identity disorder. In B. Sadock, V. Sadock Eds.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th ed.) (pp. 1552-1563). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Putnam, F. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York : The Guilford Press.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Bowman, E. S., Coons, P., Chu, J. A., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(11), 673–679. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00004>
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., & Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6), 285-293.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnostic and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie, PITT. Das Manual. 3. erw. Auflage*. [Psychodynamic Imaginative Traumatherapy, PITT. The manual, 3rd. edition]. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie - PITT, das Manual* [Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy – PITT, the manual]. Stuttgart: Klett-cota, 11th edition.

- Reddemann, L. & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: concepts and principles. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 11-17.
- Reddemann, L. (2016). *Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien* [Compassion, trauma and mindfulness in psychodynamic therapies]. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reikras, H. (2017). Operation Dark Room, Western police district, Norway. Présentation à la conférence bisannuelle de la European Society for Trauma and Dissociation – ESTD. Bern, Suisse.
- Reinders, A., Marquand, A. F., Schlumpf, Y. R., Chalavi, S., Vissia, E. M., Nijenhuis, E., Dazzan, P., Jäncke, L., & Veltman, D. J. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 215(3), 536–544. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.255>
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS one*, 7(6), e39279. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039279>
- Reinders, A.A.T.S., Willemsen, A.T.M., Vissia, E.M., Vos, H.P.J., den Boer, J.A., & Nijenhuis, E.R.S. (2016). The Psychobiology of Authentic and Simulated Dissociative Personality States: The Full Monty. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 204 (6), 445-457.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quack, J., Korf, J., Paans, A.M.J., Haaksma, J.,...Den Boer, J. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, 730-740.
- Reinders, A.A.T.S., Willemsen, A.T.M., Den Boer, J.A., Vos, H.P.J., Veltman, D.J., & Loewenstein, R.J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: a PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223 (3), 236-243.
- Renard, S. B., Huntjens, R. J., Lysaker, P. H., Moskowitz, A., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. (2017). Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology: A Systematic Review. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 108–121. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw063>

- Revaz, O., & Rossel, F. (2007). Dissociation "hystérique" et scission schizophrénique : une contribution des techniques projectives. *Psychologie Clinique et Projective*, 1 (13), 93-122.
- Riley, K.C. (1988). Measurement of dissociation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449-450.
- Rodewald, F. (2005). *Diagnostik Dissoziativer Störungen* [thèse]. Medizinischen Hochschule Hannover.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York: Wiley.
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2nd edition). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Ross, C.A. (2008). Dissociative schizophrenia. In A. Moskowitz, I Schäfer & M. Dorahy (Eds.), *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 281-294). Chicester, UK: Wiley.
- Ross, C.A. (2014a). *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. Binghamton, NY: Routledge.
- Ross, C.A. (2014b). Unresolved problems in the theory of structural dissociation. *Psichiatria e Psicoterapia* 33, 1, 74-106.
- Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, D., Anderson, G., Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A Structured interview. *Dissociation*, 2, 169-189.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., & Anderson, G. (1989). Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(8), 487–491. <https://doi.org/10.1097/00005053-198908000-00006>
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., Anderson, G. (1990a). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrénia. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 111-8.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990b). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *The American journal of psychiatry*, 147(5), 596–601. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.5.596>

- Ross, C. A., & Joshi, S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive psychiatry*, 33(4), 269–273. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(92\)90052-r](https://doi.org/10.1016/0010-440x(92)90052-r)
- Ross, C., & Keyes, B. (2004). Dissociation and Schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5, 69-83.
- Rydberg, J.A. (2017). Research and clinical issues in trauma and dissociation: ethical and logical fallacies, myths, misreports, and misrepresentations. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 89-99.
- Saillot, I. (2017). Grand angle : le concept de dissociation de Janet à aujourd’hui, dérive et écueil. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 211-216.
- Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: A Scale Measuring Dissociation, American. *Journal of Clinical Hypnosis*, 29(2), 95-102.
- Şar, V., Yargıç, L.I., & Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1329–1333.
- Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.
- Şar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Yargic, I.L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., & Özdemir, Ö. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (1), 119-135.
- Şar, V. (2016): The psychiatric comorbidity of dissociative identity disorder: An integrated look. In A. P. van der Merwe & V. Sinason (Eds.), *Shattered but Unbroken: Voices of Triumph and Testimony* (pp.181-210). Karnac Press, London.
- Şar, V., & Öztürk, E. (2009). Psychotic presentations of Dissociative Identity Disorder. In P.F. Dell & J.A. O’Neil (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 535-545). New York: Routledge.
- Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.

- Şar, V., Aydın, N., Van der Hart, O., Frankel, A.S., Şar, M., & Omay, O. (2017). Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: diagnostic and forensic aspects. *Journal of Trauma and Dissociation*, 18, 5, 710-719.
- Şar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Yargic, I.L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., & Özdemir, Ö. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (1), 119-135.
- Schalinski, I., Schauer, M., & Elbert, T. (2015). The shutdown dissociation scale (shut-d). *European journal of psychotraumatology*, 6, 25652. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25652>
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2014). Dissociation as a transdiagnostic construct. A commentary on Ellert R. S. Nijenhuis'paper "Ten reasons for conceiving and classifying Posttraumatic Stress Disorder as a dissociative disorder". *Psichiatria e Psicoterapia* 33, 1, 74-106.
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A., & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54–64. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002>
- Schlumpf, Y. R., Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Luechinger, R., van Osch, M. J., & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: a controlled FMRI perfusion study. *PloS one*, 9(6), e98795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098795>.
- Schlumpf, Y.R., Nijenhuis, E.R.S., Chalavi, S., Weder, E.V., Zimmermann, E., Luechinger, R., & Jäncke, L. (2013). Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54-64.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. 3rd ed. Hamilton MW, Anderson EW. New York, NY: Grune & Stratton.
- Schreiber, F.R. (1973). *Sybil*. Paris: Albin Michel.
- Schwartz, R. (2009), *Système familial intérieur : blessures et guérison. Un nouveau modèle de psychothérapie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Second edition*. New York: Guilford.

- Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Third edition.* New York: Guilford.
- Kirsch, I., Silva, C. E., Comey, G., & Reed, S. (1995). A spectral analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: Empirical disconfirmation of the two-factor model of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(1), 167–175.
- Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., & Guralnik, O. (2003). Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 990-997.
- Simeon, D., & Abugel, J. (2006). *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self.* New York: Oxford University Press.
- Simeon, D. (2009). Depersonalization disorder. In: P.F. Dell, J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-IV and beyond.* New York, NY: Taylor & Francis, pp. 435-444.
- Smith, M.E. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus, 15*, 798-807.
- Somer, E., Altus, L., & Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the “chemical dissociation” hypothesis. *Comprehensive Psychiatry, 51* (4), 419-425.
- Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin, 116*, 143–65.
- Staniloiu, A., Markowitsch, H. J., & Brand, M. (2010). Psychogenic amnesia--a malady of the constricted self. *Consciousness and cognition, 19*(3), 778–801. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.06.024>
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation. A practical, integrative approach.* New York: Norton.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., Cichetti, D.V. (1990). The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry, 147*(1), 76-82.

- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J., & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 182(9), 495–502. <https://doi.org/10.1097/00005053-199409000-00004>
- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1994). *Interviewer's guide to the Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 146–163.
- Steinberg, M. (sous presse). *Interviewer's Guide to the SCID-D*. American Psychiatric Association Publishing, Washington, D.C.
- Steinberg, M. (sous presse). *The SCID-D : Therapeutic Assessment of Dissociation*. American Psychiatric Association Publishing, Washington, D.C.
- Susser, E., Fennig, S., Jandorf, L., Amador, X., & Bromet, E. (1995). Epidemiology, diagnosis, and course of brief psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1743-1748.
- Tamar-Gürol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., & Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (5), 540-547.
- Tezcan, E., Atmaca, M., Kuloglu, M., Gecici, O., Buyukbayram, A., & Tutkun, H. (2003). Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Comprehensive psychiatry*, 44(4), 324–330. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00087-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00087-7)
- Thielen, J. W., Takashima, A., Rutters, F., Tendolkar, I., & Fernández, G. (2015). Transient relay function of midline thalamic nuclei during long-term memory consolidation in humans. *Learning & memory*, 22(10), 527–531. <https://doi.org/10.1101/lm.038372.115>

- Tikka, S. K., Yadav, S., Nizamie, S. H., Das, B., Tikka, D. L., & Goyal, N. (2014). Schneiderian first rank symptoms and gamma oscillatory activity in neuroleptic naïve first episode schizophrenia: a 192 channel EEG study. *Psychiatry investigation*, 11(4), 467–475. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.4.467>
- Torem, M.S. (1989). Iatrogenic factors in the perpetuation of splitting and multiplicity. *Dissociation*, 2 (2), 92-8.
- Tulving, E., Kapur, S., Craik, F. I., Moscovitch, M., Houle, S. (1994). Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory: positron emission tomography findings. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91, 2016–2020.
- Tutkun, H., Yargic, L.I., & Şar, V. (1996). Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*, IX(4), 244-252.
- Ural., C., Belli, H., Akbudak, M., & Tabo, A. (2015). Childhood traumatic experiences, dissociative symptoms, and dissociative disorder comorbidity among patients with panic disorder: a preliminary study. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16 (4), 463-475.
- van der Boom, K. J., van den Hout, M. A., & Huntjens, R. J. C. (2010). Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 447-451. [https://doi.org/\(...\)6/j.paid.2009.11.018](https://doi.org/(...)6/j.paid.2009.11.018)
- Van der Hart, O., Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4), 1-11.
- Van der Hart, O., Brown, P., & van der Kolk, B.A. (1989). Le traitement psychologique du stress post-traumatique de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques*, 9, 976-980.
- Van der Hart, O., & Spiegel, D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 3, 191-209.
- Van der Hart, O., Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis, *Journal of Traumatic Stress*, 6, 1, 43-64.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6, 162-180.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles : De Boeck. Version originale (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York : Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 81–94.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48.
- Van der Hart, O., Steele, K., & Nijenhuis, E.R.S. (2017). The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 25-35.
- Van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 84-58
- Vanderlinden, J. (2012). Outils diagnostiques des troubles dissociatifs: une évaluation multidimensionnelle. In M. Kedia M, J. Vanderlinden, G. Lopez, I. Saillot, & D. Brown, *Dissociation et mémoire traumatique* (pp. 53-84). Paris: Dunod.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verles, R J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaires. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1 (1), 21-27.
- Vismara, L. (2017). Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 111-120.
- Vissia, E. M., Giesen, M. E., Chalavi, S., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Brand, B. L., & Reinders, A. A. (2016). Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 111–128. <https://doi.org/10.1111/acps.12590>

- Wade, K. A., Garry, M., Read, J. D., & Lindsay, D. S. (2002). A picture is worth a thousand lies: using false photographs to create false childhood memories. *Psychonomic bulletin & review*, 9(3), 597–603. <https://doi.org/10.3758/bf03196318>
- Waller, N., Putnam, F. W., Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego States Theory and Therapy*. New York : Norton.
- Welburn, K., Fraser, G., Jordan, S., Cameron, C., Webb, L., & Raine, D. (2003). Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(2), 109–130.
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9(1), 34–46.
- Williams L. M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(6), 1167–1176. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.6.1167>
- Wilsnack, S. C., Wonderlich, S. A., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Wilsnack, R. W. (2002). Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child abuse & neglect*, 26(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00313-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00313-1)
- Witztum, E., & Van der Hart, O. (2008). Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 21-33). Chicester, UK: Wiley.
- Wood, F.L., Sood, S., & Hedges, D.W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adult: a meta-analysis. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34, 1181-1188.
- Wolff, M., & Vann, S.D. (2019). The Cognitive Thalamus as a Gateway to Mental Representations. *Journal of Neuroscience* , 39 (1), 3-14; DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0479-18.2018

- World Health Organization – WHO. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva.
- World Health Organization - WHO. (2019). International Classification of Diseases, 11th edition - ICD-11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/108180424>
- Sar, V., Yargiç, L. I., & Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *The American journal of psychiatry*, 153(10), 1329–1333. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.10.1329>
- Young, J.E., Koslo, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité* (1^{ère} édition). Bruxelles : De Boeck
- Young, J.E., Koslo, J.S., & Weishaar, M.E. (2017). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité* (2^{ème} édition). Bruxelles : De Boeck
- Yu, J., Ross, C. A., Keyes, B. B., Li, Y., Dai, Y., Zhang, T., Wang, L., Fan, Q., & Xiao, Z. (2010). Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 11(3), 358–372. <https://doi.org/10.1080/15299731003793468>

ANNEXES

- Annexe A Brochure : Psychiatrie - Chiffre clés. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- Annexe B ARTICLE : Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., Azarinsa, S., Cuttelod, T., Piot, M.E., Wisler, D., Zimmermann, E., & Nater, J. (sous presse). Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. *Annales Médico-Psychologiques*.
- Annexe C ARTICLE : Piedfort-Marin, O. (2019). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative: deux études de cas. *Annales Médico-psychologiques*, 177, 788-795.
- Annexe D ARTICLE : Piedfort-Marin, O., Wisler, D., Piot, M.-E., Spagnoli, D. (2017). Version française adaptée de l'Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI). *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 241-253.
- Annexe E ARTICLE : Piedfort-Marin, O. (2016). Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique: Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. Vol 21(2). 4-21.
- Annexe F ARTICLE : Piedfort-Marin, O. (2019). Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 100129 <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100129>
- Annexe G ARTICLE : Piedfort-Marin, O. (2019). Synthesis and realization (personification and presentification): the psychological process of integration of traumatic memories in EMDR psychotherapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13-1, 75-87.
- Annexe H ARTICLE : Piedfort-Marin, O. (2019). When the therapist's trauma emerge in a psychotherapy session: the use of trauma related countertransference. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 181-189.
- Annexe I ARTICLE : Piedfort-Marin, O. (2019). Le trauma et le thérapeute – Editorial. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 147-149.

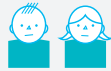
ANNEXE A



PSYCHIATRIE CHIFFRES CLÉS

Données issues du Rim-P 2019, chiffres arrondis au millier près

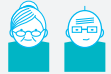
419 000
patients hospitalisés en
psychiatrie
soit 6 pour 1 000 habitants



50 000 enfants de - 18 ans
soit 3 pour 1 000 enfants de - 18 ans



356 000 adultes de 18 à 79 ans
soit 7 pour 1 000 personnes de 18 à 79 ans



14 000 adultes de 80 ans ou +
soit 4 pour 1 000 personnes de 80 ans ou +



561
structures psychiatriques
en France
*dont 65% avec une activité
exclusive de psychiatrie*

43% publiques
sous dotation annuelle
de financement (DAF)

→ **289 000** patients hospitalisés

32% privées commerciales
sous objectif quantifié
national (OQN)

→ **108 000** patients hospitalisés

25% privées d'intérêt
collectif sous DAF ou OQN

→ **52 000** patients hospitalisés

Prises en charge à temps complet

331 000 patients
pris en charge à temps complet

→ **260 000** patients dans les établissements sous DAF

→ **93 000** patients dans les établissements sous OQN

19,1 millions de journées
de présence à temps complet

→ **13,9** millions de journées
dans les établissements sous DAF

→ **5,2** millions de journées
dans les établissements sous OQN

58 journées
en moyenne par patient
à temps complet

dont hospitalisation à temps plein

314 000 patients
pris en charge à temps plein

→ **241 000** patients dans les établissements sous DAF

→ **92 000** patients dans les établissements sous OQN

17,6 millions de journées
de présence à temps plein

→ **12,5** millions de journées
dans les établissements sous DAF

→ **5,1** millions de journées
dans les établissements sous OQN

56 journées
en moyenne par patient
à temps plein

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION



Prises en charge à temps partiel

134 000 patients
pris en charge à temps partiel

→ **109 000** patients
dans les établissements sous DAF

→ **26 000** patients
dans les établissements sous OQN

4,9 millions de venues

→ **4,2** millions de venues
dans les établissements sous DAF

→ **639 000** de venues
dans les établissements sous OQN

dont hospitalisation de jour

127 000 patients
pris en charge en hospitalisation de jour

→ **102 000** patients
dans les établissements sous DAF

→ **25 000** patients
dans les établissements sous OQN

4,6 millions de venues

→ **4** millions de venues
dans les établissements sous DAF

→ **616 000** de venues
dans les établissements sous OQN

Hospitalisations sans consentement

81 000 patients hospitalisés sans consentement

dont **98,8%** dans les établissements sous DAF

Exemples de prises en charge à temps complet ou partiel

137 000 patients atteints de
troubles de l'humeur

95 000 patients schizophrènes
et atteints de troubles délirants

64 000 patients atteints de troubles
névrotiques liés à des facteurs de
stress et somatoformes

44 000 patients atteints de troubles
liés à l'utilisation de substances
psycho-actives

21 000 patients atteints de troubles
du développement psychologique,
dont 16 000 atteints de troubles envahissants
du développement (autisme)
dont **77%** d'enfants de - 18 ans

Ambulatoire, en établissements sous DAF exclusivement

2,1 millions de patients
pris en charge en ambulatoire

23% d'enfants de moins de 18 ans

87% de patients exclusivement pris en
charge en ambulatoire

21,3 millions d'actes en ambulatoire

→ Nature des actes

75% d'actes d'entretien

16% d'actes de groupe

6% d'actes de démarche

3% d'actes d'accompagnement

→ Lieu de réalisation des actes

59% en centre médico
psychologique (CMP)

13% en centre d'activité thérapeutique
à temps partiel (CATTP)

6% au domicile du patient

1% en « liaison médico-sociale »

ANNEXE B



Available online at

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Original article

Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders

Étude de validation et de fidélité inter-juge de la traduction française de la nouvelle édition du SCID-D, un entretien semi-structuré pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-11

Olivier Piedfort-Marin^{a,b,*}, Cyril Tarquinio^a, Marlene Steinberg^c, Sabine Azarmsa^d,
Thérèse Cuttelod^e, Marie-Eve Piot^f, Déborah Wisler^g, Eva Zimmermann^{h,i}, Jessie Nater^g

^a Université de Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360, Metz, France

^b Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

^c Private Practice, Naples, Florida, USA

^d Private practice, Geneva, Switzerland

^e Espace de Soutien et de Prévention – Abus Sexuels (ESPAS), Lausanne, Switzerland

^f Private practice, Lausanne, Switzerland

^g Psychotherapeutic Center Les Toises, Lausanne, Switzerland

^h Institut Romand de Psychotraumatologie, Fribourg Switzerland

ⁱ Private practice, Fribourg, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 August 2020

Accepted 30 December 2020

Keywords:

DSM-5

Diagnosis

Dissociation

Dissociative disorders

ICD-11

SCID-D

Semi-structured interview

ABSTRACT

This paper presents the validation and inter-rater reliability study of the French translation of the new edition of the SCID-D, a semi-structured clinical interview for evaluating dissociative symptoms and diagnosing dissociative disorders based upon DSM-5 and ICD-11 criteria. The SCID-D evaluates five core dimensions of dissociation: amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion and identity alteration. The SCID-D was administered to 20 subjects with a dissociative disorder, 19 subjects with a nondissociative psychiatric disorder, and 10 healthy control subjects. Results indicate that there was 96% agreement among raters on the SCID-D's ability to differentiate subjects with a dissociative disorder from subject with no dissociative disorder. The statistical analysis indicates that the overall diagnosis, the scores for each of the five dimensions, and the total SCID-D scores were homogenous amongst raters. The results indicate good to excellent inter-rater reliability. The SCID-D could efficiently discriminate dissociative subjects from nondissociative ones. Convergent validity was tested with the use of the Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20 and the Dissociation Questionnaire DIS-Q. Correlation between the scores from these questionnaires and the SCID-D total score is high. The French translation of the SCID-D has good to excellent reliability, discriminant and convergent validity, and is similar to previous research of DSM-III and DSM-IV versions of the SCID-D in different languages. The SCID-D is a useful instrument for the assessment of dissociative symptom severity and the diagnosis of DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Corresponding author at: Avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Switzerland.
E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com (O. Piedfort-Marin).

R É S U M É

Mots clés :
CIM-11
Diagnostic
Dissociation
DSM-5
Entretien semi-structuré
SCID-D
Troubles dissociatifs

Objectifs. – Les troubles dissociatifs sont fréquents mais méconnus et difficiles à diagnostiquer. Cet article présente l'étude de validation et de fidélité inter-juge de la traduction française de la nouvelle édition du SCID-D, un entretien semi-structuré pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-11.

Matériel. – Le SCID-D est l'outil de référence au niveau international pour le diagnostic des troubles dissociatifs et la recherche. Une première section cible l'anamnèse psychiatrique, médicale, somatique du patient et l'usage d'alcool et de drogue. Puis, on questionne sur cinq dimensions fondamentales aux troubles dissociatifs : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion d'identité et altération de l'identité. Enfin, on passe deux sections au choix parmi 11 sections additionnelles afin d'analyser plus en détail la possible présence d'états de personnalité distincts, comme c'est le cas dans le trouble dissociatif de l'identité. Le clinicien score chacun des cinq domaines (de 1 = absent à 4 = sévère) en suivant le guide de l'interviewer *ad hoc*. Il peut ensuite choisir de poser un diagnostic selon le DSM-5 ou la CIM-11, en se basant sur les scores aux cinq dimensions et total, les réponses du sujet au SCID-D, et les observations pendant l'entretien.

Méthode et sujets. – Quarante-neuf sujets ont passé le SCID-D : 20 avec un trouble dissociatif, 19 avec divers troubles psychiatriques (mais pas de trouble dissociatif) et 10 sujets contrôles. L'entretien mené par un premier cotateur était filmé sur vidéo. Puis, un second cotateur (sans connaissance du sujet, ni du diagnostic ni de l'évaluation du premier cotateur) visionnait la vidéo et cotait l'entretien. Les deux cotations étaient ensuite comparées. Les sujets ont également rempli le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) et le Dissociation Questionnaire (DIS-Q).

Résultats. – Les résultats indiquent un taux d'accord de 96 % entre les cotateurs sur la capacité de différencier trouble dissociatif versus pas de trouble dissociatif. La fiabilité inter-juge est bonne à excellente pour les diagnostics DSM-5 et CIM-11, avec une valeur Kappa de respectivement 0,83 et 0,76, un coefficient de contingence de 0,85, et un Chi² de 40,33 et respectivement 40,40. Cela indique une homogénéité des diagnostics entre cotateurs. En comparant les cotateurs pour le score aux cinq dimensions du SCID-D, la moyenne du Tau de Kendall était de 0,80, et de 0,82 pour le score total du SCID-D, ce qui se situe dans la fourchette bonne à excellente. Au niveau de la validité discriminante, les résultats montrent des différences significatives importantes entre les trois groupes de sujets, conformément aux études précédentes dans différents pays. Les patients dissociatifs de notre étude ont des scores (total et aux cinq dimensions) bien plus élevés que les autres sujets. La corrélation (calculée avec Pearson's *r*) entre le score total au SCID-D et le SDQ-20/DIS-Q est élevée avec respectivement 0,75 et 0,81, ce qui montre une validité convergente élevée.

Conclusions. – La traduction française du SCID-D a une fiabilité et une validité discriminante et convergente bonnes à excellentes, tout comme dans les études similaires sur les versions précédentes du SCID-D dans différentes langues. Le SCID-D est un instrument recommandé pour le diagnostic des troubles dissociatifs selon les critères du DSM-5 et de la CIM-11. À notre connaissance, c'est la première étude de validité et de fiabilité d'un outil diagnostique des troubles dissociatifs en langue française. Cela ouvre la voie à de nombreuses possibilités de recherche francophone dans ce champ spécifique de la psychopathologie.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Research indicates that dissociative disorders (DD) are common, with international prevalence in inpatient populations as high as 10.2% and at 8.6% in outpatient populations [14]. The diagnosis and assessment of dissociative symptoms and disorders is particularly difficult for several reasons. First of all, dissociative conditions are not typically the presenting complaint so the condition is commonly overlooked in favor of presenting symptoms, such as anxiety, depression, mood swings, inattention, psychotic-like symptoms and/or substance use. Secondly, when present, dissociative symptoms overlap with many different psychiatric conditions, so the mere presence of dissociative symptoms does not in and of itself suggest a DD; thirdly, some dissociative symptoms may be understood within the spectrum of other disorders such as psychotic [15,24,27], affective and personality disorders, so the presence of such symptoms may not necessarily be indicative of the presence of a DD. Several diagnostic tools have been developed with the aim of assessing DD. The Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) [32] is the one that is the most widely used in research as well as useful clinically. While early French translations of the SCID-D demonstrated the diagnostic's ability to identify DD in rape victims and individuals with chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) [9–13], to date there has been no validation or reliability study of a French language translation of the instrument. Several

self-administered screening questionnaires specific to the assessment of dissociative symptoms have been translated and validated in French: the Dissociative Experience Scale (DES, [13]), the Dissociation Questionnaire (DIS-Q, [23]), and the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20, [16]). These questionnaires are validated screening instruments for identifying people at risk of having DD, but there are as of yet no validated diagnostic tools. The absence of a validated diagnostic instrument for DD in French increases patients' risk of misdiagnosis, resulting in years of ineffective treatment and suffering, as well as delays in research progress in this field in the French-speaking community. This paper presents the validation and inter-rater reliability study of the French translation of the new edition of the SCID-D [35], as recently updated by Steinberg, for use with DSM-5 [4] and ICD-11 [41] DD.

For over 20 years, the SCID-D has been widely considered the "gold standard" instrument for assessment of dissociative symptoms and diagnosis of DD [1,8,28,40]. Up until the present, the SCID-D has been used in assessing and diagnosing DD as characterized by the nosological classification described in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manuals, originally for DSM-III [2] and later for DSM-IV [3]. The SCID-D clinical model of assessment inquires into five SCID-D-defined core components of dissociation (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alterations), which SCID-D research has demonstrated to be fundamental

to dissociative phenomenology and independent of the culturally-specific expression of dissociative phenomenon [5,6,8,18,19,22,29,31,38]. As new editions of the DSM were released, the SCID-D methodology of inquiry remained unaltered, but mappings of the interview results to the DSM classifications (in *Diagnostic Score Sheets*) were revised and updated. In this latest edition, mappings of the SCID-D inquiry resulted, for the first time, in both DSM-5 and ICD-11 diagnostic classifications, thus making this new edition of the SCID-D applicable worldwide.

2. The instrument

2.1. Structure of the SCID-D

The SCID-D-5 is organized into several sections with more than 300 questions overall, though typically less than 200 questions are asked during any one administration of the interview. The first section focuses on the psychiatric, medical, somatic, and substance-use history of the person. Several new questions that explore somatic symptoms are included in the initial history section in order to explore symptoms relevant to ICD-11 dissociative neurological symptom disorders. In the DSM-5 these disorders are not listed in the chapter on DD, but are included in the following chapter on somatic symptoms and related disorders.

Following the psychiatric and medical history section, the interview assesses the SCID-D's five core components of dissociation (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alteration), with an average of 26 questions for each symptom area. In order to standardize the assessment of the five dissociative components, the SCID-D defines each dimension as follows [33,36]:

- Amnesia: a subjective sense of gaps in one's memory for autobiographical information or experiences, or for blocks of time that have passed, where such lapses cannot be attributed to ordinary forgetfulness;
- Depersonalization: a feeling of disconnection from oneself (e.g., from one's feelings, thoughts, behavior, or body), or a sense of being an outside observer of one's self;
- Derealization: a feeling of disconnection from one's surroundings (e.g. people or surroundings feel as if they are unfamiliar, unreal, or distorted);
- Identity confusion: subjective feelings of uncertainty, puzzlement, conflict or struggle regarding one's own identity;
- Identity alteration: objective/observable behavior associated with alterations/shifts in one's identity or personality states.

The above definitions of the five dissociative components, along with severity rating definitions (described in the *Interviewer's Guide to the SCID-D*) were developed to operationalize the evaluation and ratings of dissociative symptom severity. Extensive research internationally has demonstrated that inquiry based on this model provides characteristic dissociative symptom profiles distinct for each of the dissociative disorders. In addition, during the process of assessing individuals for the five dissociative components, the interviewer obtains essential elaborate information, in further support of the DSM 5 and ICD-11 diagnostic criteria.

For each of these five components of dissociation, possible effects of other disorders, head injury, side effects of medication, alcohol and/or substance use are also assessed as possible exclusion criteria for DD.

To help in discriminating between DID and other DD diagnoses, nine follow-up sections allow the interviewer to assess for the presence and nature of identity disturbance in greater depth. It is recommended that the interviewer select two of these follow-up

sections, which experience has shown to be sufficient for diagnostic purposes, though the interviewer is free to explore additional follow-up sections in order to obtain therapeutically relevant information. Following administration of the SCID-D interview, the interviewer rates the presence or absence of nonverbal behavioral cues that are common in DD, such as amnesia related to events that occurred during the interview, or the presence of a witnessed disruption in identity.

Following the conclusion of the interview, the interviewer completes a *Summary Score Sheet* and rates the severity of each of the five-symptom areas. The *Interviewer's Guide to the SCID-D* [36] provides severity rating definitions in order to operationalize the assessment of severity for each of the five-symptom areas (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alteration). Symptom severity is scored on a 4-point scale (1 = absent; 2 = mild; 3 = moderate; 4 = severe) based on the frequency and duration of episodes, associated subjective disturbance, and impairment in personal, familial, social, educational, occupational or other important areas of functioning. Total SCID-D scores can range between a low of 5 and a high of 20. Final diagnosis is made by the clinician, based on the interviewee's elaborate responses to the entire interview, the scores for each symptom area, the total SCID-D score, exclusion criteria, and with the support of the *SCID-D Interviewer's Guide*. The clinician can choose to use ICD-11 or DSM-5 diagnoses.

2.2. Recent adaptations in the SCID-D

This latest edition of the SCID-D includes the same five core symptom questions and question-numbering of previous editions. Slight modifications have been made to the structure and content of the instrument, with the aim to render it even more user friendly.

The SCID-D's five-core-symptoms model enables the assessment of all DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders:

- DSM-5 & ICD-11: Dissociative Amnesia (with or without fugue);
- DSM-5 & ICD-11: Depersonalization/Derealization Disorder;
- DSM-5: Dissociative Identity Disorder defined by the presence of two or more distinct personality states associated with experiences of discontinuity or disruption in identity and memory;
- ICD-11: Dissociative Identity Disorder where "at least two distinct personality states recurrently take executive control of the individual's consciousness and functioning in interacting with others or with the environment." [41];
- DSM-5: Other Specified Dissociative Disorder (OSDD);
- ICD-11: Partial Dissociative Identity Disorder with "two or more distinct personality states [...], involving marked discontinuities in the sense of self and agency One personality state is dominant and normally functions in daily life (e.g., parenting, work), but is intruded upon by one or more non-dominant personality states (dissociative intrusions). [...] The non-dominant personality states do not recurrently take executive control of the individual's consciousness and functioning to the extent that they perform in specific aspects of daily life (e.g., parenting, work)." [41];
- ICD-11: Dissociative neurological symptom disorder (formerly: Dissociative disorders of movement, sensation, or cognition).

The ICD-11 provides clearer descriptions of some of the DD than is the case with ICD-10, and these descriptions are now more comparable to the DSM-5. In particular, definitions of dissociative identity disorder (DID) are almost identical in both manuals. The new ICD-11 diagnostic of partial DID can be considered as similar to OSDD in the DSM-5, in particular as defined in the examples

1 and 2. However, ICD-11 partial DID has a precise definition summarized by intrusions of non-dominant personality state(s) upon the dominant personality state. Conversely, the DSM-5 diagnosis of OSDD is not as precise and may not completely overlap with partial DID.

New in the DSM-5, depersonalization and derealization are now combined into a single diagnosis, similarly in ICD-11. Another revision in the DSM-5 and in the ICD-11 is that dissociative fugue is considered a subtype of dissociative amnesia. ICD-11's Possession trance disorder is categorized in the DSM-5 as a possible clinical presentation of DID. ICD-11's trance disorder is categorized in the DSM-5 as the fourth example of OSDD. Other clinical presentations that do not meet the above diagnosis can be described in the DSM-5 as unspecified dissociative disorder, and in the ICD-11 as other specified dissociative disorder (OSDD) or dissociative disorder, unspecified. As we write this paper, revisions may still occur regarding ICD-11 OSDD and dissociative disorders, unspecified.

2.3. Translation of the instrument in French

A team of experts in the field of DD and fluent in English translated the SCID-D under the supervision of the first author. Because dissociative symptoms are often subjective, due care was taken in the formulation of specific items aside from a rigorous translation. Because of the length of the instrument (128 pages), no back-translation was made. Instead the first author tested the instrument with several patients to make sure that the items were addressing specifically what they were expected to address and that the items were properly understood. Several minor adjustments were made following this trial phase. During the study, it appeared that the lack of a back-translation was not problematic at all.

3. Method

The aim of this research was to study the validity and inter-rater reliability of the SCID-D. The study was approved by the regional ethics committee (Commission Cantonale d'Éthique de la Recherche sur l'Être Humain, Lausanne, Switzerland) under reference number 2016-00249. We tested the SCID-D on three groups of subjects: subjects with a DD ($n = 20$), subjects with a nondissociative psychiatric disorder ($n = 19$), and healthy control subjects ($n = 10$).

Participants were recruited among clients of psychotherapists from the French speaking region of Switzerland. Clinicians were asked to refer clients willing to participate in the study. Subjects needed to be in treatment with their psychotherapist for at least six months and be stable enough to undergo such an interview. Exclusion criteria were hospitalization in the last month, acute suicidality, mental retardation, current alcohol or substance abuse, or epilepsy. Referring clinicians were asked to provide us with an ICD-10 diagnosis on the basis of their comprehensive clinical assessment over a period of at least six months. Healthy control subjects were volunteers recruited via advertising on the internet. Exclusion criteria for control subjects were a previous history of psychiatric or psychological treatment, a history of suicidality, mental retardation, present or past alcohol or substance abuse, and a history of epilepsy. All participants were Caucasian. They were required to be between 18 and 65 years of age and either native French speakers or in possession of excellent French language skills. Because no diagnostic tool for DD was available in French at the time, some clinicians were unsure of the DD diagnosis of clients. We therefore accepted eight participants for which there was uncertainty regarding their diagnosis. They were attributed to the DD group or to the nondissociative psychiatric group according

to the first rater's assessment. The decision to include in our study participants for which the treating clinicians were unsure of the diagnosis was a particular challenge since it meant including subjects whose clinical presentation was, in many regards, complex.

Each participant received information about the study at least seven days before entering the study. During a first meeting (with the first author, or JN) participants signed a consent form, which included giving informed consent to videotaping, then filled in the SDQ-20 and the DIS-Q questionnaires. The first author then administered the SCID-D to the 49 subjects. The SCID-D interview lasted between 35 minutes (for control subjects) to 3 hours and 30 minutes (for DD subjects). Meetings were limited to two hours; it was therefore necessary to schedule two meetings for a certain number of participants. The safety of participants was given utmost priority. The SCID-D interviews were videotaped and then five co-raters (SA, TC, MEP, DW, EZ) independently rated approximately 10 videos that were assigned randomly to each of them. Because of his involvement in the recruitment of participants, the interviewer (first rater) was not blind to their diagnosis, except in the case of the eight participants whose referring clinician's diagnosis was uncertain. The five co-raters were blind to the diagnosis made by the referring clinician, as well as to the assessment of the interviewer. All of the raters were psychologists specialized in psychotherapy, both extensively trained and experienced in the diagnosis and treatment of DD. Three of them (MEP, DW, EZ) had previous clinical experience with the SCID-D-IVR [32]. All of them attended a one-day training session on the use of the SCID-D for DSM-5 and ICD-11 with the first author. Each rater scored the subjects' responses to individual items as the interview proceeded, then completed the *Summary Score Sheets*. Raters were also asked to rate the difficulty of their decisions in assessing:

- whether a DD was present;
- the type of DD diagnosis.

If there was a doubt about the diagnosis, they were given the opportunity to describe the cause of their hesitation.

4. Participants

The nondissociative psychiatric subjects presented with a wide range of disorders, including anxiety disorders (panic disorder, $n = 3$; obsessive-compulsive disorder, $n = 2$), mood disorders (persistent depressive disorder, $n = 2$; bipolar disorder, $n = 2$; post-partum depression, $n = 1$, mild depression, $n = 1$), and adjustment disorder ($n = 2$). Five subjects had both an anxiety disorder and depression. One participant had borderline personality disorder and four others had a comorbid personality disorder.

The mean age of the DD patients was 43 years ($SD = 9.90$; range: 25–58). For the nondissociative psychiatric patients, it was 42.26 ($SD = 13.90$; range: 21–65), while for the control subjects it was 28.60 years ($SD = 13.63$; range: 18–64). There is a significant age difference between:

- the DD patients or the nondissociative psychiatric patients;
- the control subjects.

Table 1 presents the sociodemographic characteristics of the subjects for each group. While there is no obvious difference in the level of education between the dissociative and the nondissociative psychiatric patients, we notice that 50% of the dissociative patients in our study were on disability (only 15.8% for the nondissociative psychiatric patients and none for the control

Table 1
 Sociodemographic characteristics of the subjects for each group.

	Patients with dissociative disorders (n = 20)		Patients with nondissociative psychiatric disorders (n = 19)		Normal control subjects (n = 10)		Total (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gender (female)*	15	75.0	9	47.4	7	70.0	31	63.3
Marital status								
Single	7	35.0	8	42.1	8	80.0	23	46.9
Married	8	40.0	5	26.3	1	10.0	14	28.6
In partnership	0	0.0	3	15.8	1	10.0	4	8.2
Divorced	4	20.0	3	15.8	0	0.0	7	14.3
Widow	1	5.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0
Education								
None	2	10.0	1	5.3	0	0.0	3	6.1
CFC	5	25.0	5	26.3	1	10.0	11	22.4
Matu/HES	7	35.0	3	15.8	3	30.0	13	26.5
Bachelor/Master	6	30.0	7	36.8	5	50.0	18	36.7
PhD	0	0.0	3	15.8	1	10.0	4	8.2
Professional activity								
Studying	2	10.0	2	10.5	7	70.0	11	22.4
Working	6	30.0	8	42.1	3	30.0	17	34.7
Unemployment	0	0.0	1	5.3	0	0.0	1	2.0
Sick leave	2	10.0	3	15.8	0	0.0	5	10.2
Disability	10	50.0	3	15.8	0	0.0	13	26.6
Retired	0	0.0	2	10.5	0	0.0	2	4.1

* p < .05

subjects). Men represented around a third of the overall participants.

5. Results

5.1. Inter-rater reliability

The reliability of the SCID-D-5 was analyzed for overall rater agreement on presence and absence of a DD, agreement as to the severity of each of the five SCID-D core symptoms, and the rater agreement on the specific DD diagnosis. At a descriptive level, there was a 96% agreement in the diagnosis/non-diagnosis of DD between the interviewer (first rater) and the co-raters. The interviewer applied a diagnosis of DD to 20 participants while the co-raters applied it to 18 participants. The two participants that were the subject of this disagreement happened to have a complex clinical presentation which resulted in diagnostic difficulties for the interviewer as well as for the co-raters. The interviewer was likely influenced by the information on these participants in his possession. The interviewer applied the diagnosis of OSDD (DSM-5) and partial DID (ICD-11) for one of these subjects, while in the second case he applied the diagnosis of DSM-5 OSDD and ICD-11 OSDD. Among the 18 participants for which both raters agreed that they presented a DD, there was a disagreement over two subjects when considering the DSM-5 and on three subjects when considering the ICD-11 (89% agreement on specific DSM-5 diagnosis, and 83% agreement on specific ICD-11 diagnosis). The interviewer (first rater) applied the diagnosis of DSM-5 OSDD (respectively partial DID) for a participant that was diagnosed with DID by a co-rater who nevertheless hesitated between DID and DSM-5 OSDD/ICD-11 partial DID, because she was unsure whether the client presented with clear regular disruptions in the sense of agency and the sense of self. One subject was diagnosed with depersonalization-derealization disorder (DSM-5 and ICD-11) by the interviewer and the diagnostic of unspecified DD (DSM-5) and OSDD (ICD-11) by the co-rater. Both agreed on the lack of clear distinct personality states in this case, and also on the difficulty of deciding on the right DD diagnostic. For another subject, both

raters agreed on the DSM-5 diagnosis but differed slightly on the ICD-11 diagnostic: the interviewer considered that the intrusions were not severe enough to apply the diagnosis of partial DID and instead chose the OSDD diagnosis, while the co-rater applied the diagnosis of partial DID. There was unanimous agreement for all other participants.

We used several statistical tools to measure the inter-rater reliability of the SCID-D (see Table 2). All indicate a good to excellent reliability for DSM-5 and ICD-11 diagnoses, with a Kappa value of 0.83 and 0.76 respectively, a contingency coefficient of 0.85, and a Chi² of 40.33 and 40.40, respectively. This means that the overall diagnosis was homogeneous between raters.

Comparing the score of the five SCID-D dimensions (amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion and identity alteration) between the interviewer and the co-raters, the mean of Kendall's Tau was 0.80 and 0.82 for the SCID-D total score, which is in the good to excellent range.

We also calculated the agreement between the interviewer and the co-raters in their ability to distinguish clinically non-significant symptoms (score of 1 or 2) from clinically significant dissociative symptoms (score of 3 or 4) for each of the five dimensions. Table 3 shows that there was an agreement of 84% to 92%. Different understandings between co-raters as to the way of scoring the symptoms on the 1–4 likert scale explain the difference that nevertheless had no visible impact on the agreement when it comes to the DD diagnosis. The above results are in accordance with those found in prior studies of the SCID-D inter-rater reliability, namely, agreement on the presence/absence of a DD in the high 90's percentages, inter-rater correlation on SCID-D symptom severity in the 0.82–0.92 range, and agreement on specific DD diagnosis in the 82%–100% range [8,25].

5.2. Discriminant validity

Another necessity for a diagnostic tool such as the SCID-D is the need to discriminate DD from nondissociative psychiatric and healthy control subjects. Table 4 shows the strong statistical differences between the three groups of participants for each of the five dimensions and for the SCID-D total score. The dissociative

Table 2

Agreement of Two Raters using the SCID-D to Assess Dissociative Disorder Diagnosis based on DSM-5 and ICD-11 diagnoses with inter-rater reliability statistical value.

Type of dissociative disorder DSM-5	<i>n</i>	Type of dissociative disorder ICD-11	<i>n</i>
Dissociative identity disorder		Dissociative identity disorder	
Rater 1	5	Rater 1	5
Raters 2	6	Raters 2	6
Other specified dissociative disorder		Partial Dissociative identity disorder	
Rater 1	11	Rater 1	9
Raters 2	8	Raters 2	8
Amnesia		Amnesia	
Rater 1	1	Rater 1	1
Raters 2	1	Raters 2	1
Depersonalization-derealization		Depersonalization-derealization	
Rater 1	3	Rater 1	3
Raters 2	2	Raters 2	2
Unspecified Dissociative disorder		Other specified dissociative disorder	
Rater 1	0	Rater 1	2
Raters 2	1	Raters 2	1
Kappa value ($P < 0.001$)	0.83		0.76
Contingency coefficient ($P < 0.001$)	0.85		0.85
Chi ² ($P < 0.001$)	49.33		49.40

Bold: these are the statistic results.

Table 3

Agreement between raters using the SCID-D to assess dissociative disorders (clinically non-significant versus clinically significant) with dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects.

Dissociative symptoms	<i>n</i>	Overall assessment agreement (%)	Level of chance corrected agreement
Amnesia	49	88	0.75
Depersonalization	49	90	0.79
Derealization	49	90	0.79
Identity confusion	49	84	0.68
Identity alteration	49	92	0.81

The level of signification of all Kappa measure is at least $P < 0.001$.

Table 4

SCID-D Dissociative symptom severity for dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects (for rater 1).

Symptoms	Patients with dissociative disorders (<i>n</i> =20)			Patients with nondissociative psychiatric disorders (<i>n</i> =19)			Normal control subjects (<i>n</i> =10)			Total (<i>n</i> =49)	
	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD
Amnesia	3.20 ^{a***}	0.95	1-4	1.89 ^b	0.87	1-3	1.10 ^b	0.32	1-2	2.27	1.17
Depersonalization	3.60 ^{a***}	0.82	1-4	1.95 ^b	0.85	1-3	1.40 ^b	0.52	1-2	2.51	1.21
Derealization	3.45 ^a	0.69	2-4	1.79 ^{b***}	0.92	1-4	1.10 ^{c*}	0.32	1-2	2.33	1.21
Identity Confusion	3.50 ^{a***}	0.69	2-4	2.47 ^b	0.91	1-4	1.30 ^c	0.68	1-3	2.65	1.13
Identity Alteration	3.00 ^{a***}	0.79	1-4	1.42 ^b	0.51	1-2	1.10 ^b	0.32	1-2	2.00	1.04
Total SCID-D score	16.75 ^a	2.42	13-20	9.53 ^b	2.95	5-15	6.00 ^{c**}	1.41	5-9	11.76	5.02

The different letters between the means indicate a significant difference of contrasts (threshold at least $P < 0.05$).

patients have significantly higher scores ($P < 0.001$) than non-dissociative psychiatric patients and healthy control subjects for all five dimensions and the total SCID-D score. The control subjects have a non-significant lower score than the nondissociative psychiatric patients for the dimensions of amnesia, depersonalization and identity alteration, but a lower significant score for derealization ($P < 0.05$), identity confusion ($P < 0.001$) and the SCID-D-total score ($P < 0.01$). In summary, the DD patients of our study clearly score much higher on the SCID-D total score and on the five dimensions than the other participants. The nondissociative mixed psychiatric patients score a little higher than the healthy control subjects on the total score, but not for all dimensions. These results are in accordance with those obtained from prior studies of the SCID-D's discriminant ability (DD versus nondissociative disorders, including psychotic disorders, and control subjects) in different countries [5,7,17-21,25,34,38,40].

In the SCID-D section that includes questions related to associated features of identity alteration, the interview explores

symptoms that suggest underlying identity confusion or identity alteration such as flashbacks, internal dialogues, critical voices, and child voices, that can be subtle manifestations of personality states in DID or in ICD-11 partial DID/DSM-5 OSDD. These associated features can also be present in different disorders such as schizophrenia or other psychotic disorders. The presence/absence of these symptoms are presented in Table 5. Results show that the DD patients have more of these four symptoms than the nondissociative psychiatric patients and the control subjects. For flashbacks, internal dialogues and critical voices, the difference between groups was highly significant. These symptoms discriminate well the DD participants from mixed psychiatric patients and control subjects.

5.3. Convergent validity

We integrated the SDQ-20, SDQ-5 and DIS-Q, all questionnaires recognized as good screeners for dissociation and DD in research in

Table 5
Associated features of identity alteration on the SCID-D for dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects.

	Patients with dissociative disorders (n = 20)		Patients with nondissociative psychiatric disorders (n = 19)		Normal control subjects (n = 10)		Total (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Flashback ^a								
No	3	15.0	14	73.7	9	90.0	26	53.1
Yes	15	75.0	5	26.3	0	0.0	20	40.8
Uncertain	2	10.0	0	0.0	1	10.0	3	6.1
Internal Dialogue ^a								
No	3	15.0	13	68.4	9	90.0	25	51.0
Yes	15	75.0	6	31.6	1	10.0	22	44.9
Uncertain	2	10.0	0	0.0	0	0.0	2	4.1
Critical Voice ^a								
No	8	40.0	17	89.5	10	100.0	35	71.4
Yes	11	55.0	2	10.5	0	0.0%	13	26.5
Uncertain	1	5.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0
Child voice								
No	13	65.0	17	89.5	10	100.0	40	81.6
Yes	6	30.0	1	5.3	0	0.0	7	14.3
Uncertain	1	5.0	1	5.3	0	0.0	2	4.1

No significant difference between groups for child voice.

^a Significant difference between groups calculated with Chi² with $P < 0.001$.

different cultures, in our study [26]. Table 6 summarizes the scores of these questionnaires for the three groups of participants. The DD patients show significant higher scores on SDQ-20, SDQ-5, the DIS-Q total score and on all four subscales of the DIS-Q, than the nondissociative psychiatric and the control subjects. With a mean of 45.90, the SDQ-20 mean score of the DD patients in our study correspond to previous research with mixed DD [26]. The mean scores of our nondissociative patients with mixed psychiatric disorders and of our control subjects correspond to similar populations in previous SDQ-20 studies [26]. As for the DIS-Q, results are also in the same range as previous studies [39]. The total DIS-Q score of our dissociative participants is closer to the mean score of subjects with a DSM-5 OSDD than it is to the mean score of DID patients in previous studies. This may be explained by the fact that we had 25% DID subjects and around 50% of DSM-5 OSDD/ICD-11 partial DID in our DD sample.

Calculated with Pearson's r, the correlation between (1) the five SCID-D dimensions and the SCID-D total score and (2) the three questionnaires (SDQ-20, SDQ-5, DIS-Q) is high (Table 7) especially for the SCID-D total score.

This confirms that the SCID-D relates to the same psychological construct measured by the SDQ-20 and the DIS-Q. The convergent validity of the French language SCID-D is similar to findings in previous international research.

Table 6
Comparison of SDQ-20, SDQ-5 and DIS-Q for dissociative, nondissociative psychiatric, and healthy control subjects.

	Patients with dissociative disorders (n = 20)			Patients with nondissociative psychiatric disorders (n = 19)			Normal control subjects (n = 10)			Total (n = 49)	
	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD
SDQ-20	45.90 ^{****}	19.01	22–92	26.58 ^b	7.59	20–48	21.40 ^b	2.88	20–29	33.41	16.72
SDQ-5	10.85 ^{****}	5.50	5–21	6.00 ^b	1.33	5–10	5.00 ^b	0.00	5–5	7.78	4.41
DISQ TOTAL	2.84 ^{****}	0.66	1.65–4.00	1.84 ^b	0.72	1.13–3.41	1.34 ^b	0.36	1.0–1.98	2.14	0.87
DIS-Q	2.98 ^{****}	0.86	1.48–4.52	1.65 ^b	0.83	1.04–3.64	1.15 ^b	0.21	1.00–1.52	2.09	1.07
Identity disturbance											
DIS-Q	2.90 ^a	0.79	1.61–4.17	1.58 ^{b***}	0.73	1.17–3.72	1.58 ^{b,c*}	0.58	1.00–4.17	2.35	0.88
Loss of control											
DIS-Q	2.53 ^{****}	0.82	1.29–4.00	1.63 ^b	0.66	1.00–3.21	1.26 ^b	0.29	1.00–1.86	1.92	0.85
Amnesia											
DIS-Q	2.89 ^{***}	0.73	1.33–4.00	2.04 ^b	0.83	1.00–3.67	1.65 ^b	0.74	1.00–3.00	2.30	0.91

The different letters between the means indicate a significant difference of contrasts (threshold at least $P < 0.05$).

Table 7
 Correlation between SDQ-20, SDQ-5, DIS-Q and the five SCID-D dimensions (Pearson's r).

	SDQ-20	SDQ-5	DIS-Q Total
Amnesia	0.67	0.61	0.72
Depersonalization	0.63	0.59	0.80
Derealization	0.69	0.66	0.68
Identity confusion	0.62	0.58	0.72
Identity alteration	0.66	0.63	0.61
SCID-D total score	0.75	0.70	0.81

All correlations are significant at $P < 0.01$.

translation of the SCID-D has a good to excellent reliability and discriminant and convergent validity.

This study has several possible limitations:

- back-translation is usually performed for questionnaires that are validated in a language other than the original. The size of the SCID-D made this impossible. To compensate for this, we performed trials of the SCID-D on several patients before starting this research. Furthermore, no problem due to translation appeared during the 49 interviews;
- the first rater was not blind to the participants' diagnosis made by the referring clinicians. Nevertheless, the diagnosis was uncertain for eight subjects. All co-raters were blind to the diagnosis and the agreement between the interviewer and the co-raters was excellent (overall agreement was 96% for presence/absence of a DD). This demonstrates that the SCID-D is useful with or without prior knowledge of the referring clinician's diagnosis (or hypothesis);
- this research was conducted on a relatively small group of outpatient subjects. It is similar to the original study on the reliability of the SCID-D-III-R [31] conducted with 48 subjects (18 with a DD, 23 with a nondissociative psychiatric disorder and 7 healthy control subjects). However, discriminant validity is more difficult to achieve with small samples than with large samples, and our findings may therefore be considered a more stringent measure of the SCID-D's validity. Furthermore, even though our sample is not large, our study's findings of good-to-excellent inter-rater reliability and discriminant validity of the SCID-D are consistent with the findings of numerous other international SCID-D investigations in both outpatient and inpatient populations [5,6,8,18,19,22,29,31,38];
- although our sample included an over-representation of young medical students in our control group, our control subjects' low total scores on the SCID-D, SDQ-20 and DIS-Q, are very similar to that found in previous research using a diverse sample of community controls [26,31,39];
- this study examined the inter-rater reliability of the SCID-D based on blind interviewer's co-rated videotaped interviews by one examiner. To reduce the potential for cueing of raters, the interviewer asked all of the questions in the structured interview and did not skip any sections even when screening questions resulted in clinically insignificant responses.

7. Conclusion

To our knowledge, this study is the first to evaluate the validity and inter-rater reliability of a diagnostic instrument for dissociative symptoms and disorders in the French language. Furthermore, it is the first study on the latest version of the SCID-D, which has the advantage of identifying diagnoses based on DSM-5 as well as ICD-11 (taking effect in January 2022) diagnostic criteria.

Our research indicates that the French translation of the SCID-D has good to excellent reliability, discriminant and convergent validity, and that it supports and expands upon previous research of DSM-III and DSM-IV versions of the SCID-D in different languages [5,6,8,18,19,21,22,25,29,31,34,37,38,40]. The use of the SCID-D requires knowledge about DD as well as familiarity with the *Interviewer's Guide to the SCID-D* [33,36] and/or specific training in its use and the application of the severity rating guidelines. There were slight differences between our raters regarding the understanding of the severity rating guidelines. Nevertheless, this did not impact the overall diagnosis of the participants. Our co-raters were experienced clinicians with respect to DD, but only had a one-day training session on the use of the SCID-D. We recommend a two-day training session for future SCID-D trainings.

This latest version of the SCID-D integrates the ICD-11 diagnostic criteria of DD, some of which are differently defined compared to the DSM-5. In fact, in our study, the first rater applied the DSM-5 diagnosis of OSDD and ICD-11 OSDD (but not partial DID) for two subjects. This shows that DSM-5 OSDD may not completely overlap with partial DID. To our knowledge, this is the first study using ICD-11 DD diagnostic criteria. Future research using the SCID-D may help to clarify whether the criteria need to be further refined.

This latest version of the SCID-D allows the interviewer to evaluate whether their patients meet diagnostic criteria for ICD-11 dissociative neurological symptom disorders, which are not listed in the chapter on DD in the DSM-5. ICD-11 dissociative neurological symptom disorders should be investigated using the SCID-D to determine how often those suffering from such conditions have SCID-D five-symptom profiles that map into another DD (which would then preclude a diagnosis of dissociative neurological symptom disorder). For example, other studies demonstrate that upon evaluation with the SCID-D, 91% of persons with non-epileptic seizures were found to have non-epileptic seizures in the context of another DD [7], and among clients consulting for a DSM conversion disorder, from 30% to 47% had another DD [30,37]. In such cases, employing therapies targeting the overall dissociative conditions, as detected by the SCID-D, may be preferred to therapies focused solely on symptom management for non-epileptic seizures or conversion disorder.

Clinical use of the SCID-D throughout the past thirty years indicates that the process of exploring dissociative symptoms in the context of this interview is not only of diagnostic relevance but that it can also be therapeutic. The *Interviewer's Guide to the SCID-D* encourages the clinician's use of compassionate interview techniques, facilitating the patient's elaboration of clinically rich descriptions of their dissociative experiences essential for the accurate detection, diagnosis and treatment of dissociative symptoms and DD. Assuming that the therapist has judged their patient stable enough for a thorough assessment, a SCID-D administration can facilitate the development of a therapeutic alliance, and its method of inquiry can bring forth therapeutically meaningful information much earlier in the therapeutic process.

Considered the "gold standard" diagnostic instrument for DD internationally [8], the French version of the SCID-D paves the way for more research on DD in French-speaking countries, such as clinical, conceptual, treatment and epidemiological studies. It is now possible to utilize a validated diagnostic procedure for patients suspected of having a DD, i.e., disorders, which can profoundly affect global functioning, and which require specialized treatment.

Disclosure of interest

The authors declare that they have no competing interest. M. Steinberg is the author of the SCID-D.

Funding source

The study was funded by AVEDissT, Association Vaudoise pour l'Étude de la Dissociation et du Trauma, a non-profit organization in Lausanne, Switzerland.

References

- [1] Allen J. Introduction: advances in diagnosing and treating trauma. *Bull Menninger Clin* 2000;64:143–5.
- [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed., Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- [3] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [4] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- [5] Boon S, Draijer N. Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: a pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:458–62. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.148.4.458>.
- [6] Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in the Netherlands: a study on reliability and validity of the diagnosis. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers; 1993.
- [7] Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin* 2000;64:164–80.
- [8] Brand BL, Dalenberg CJ, Frewen PA, et al. trauma-related dissociation is no fantasy: addressing the errors of omission and commission in Merckelbach and Patihis (2018). *Psychol Inj Law* 2018;11:377–93. <http://dx.doi.org/10.1007/s12207-018-9336-8>.
- [9] Darves-Bornoz JM, Degiovanni A, Gaillard P. Why is dissociative identity disorder infrequent in France? *Am J Psychiatry* 1995;152:1530–1. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.10.1530b>.
- [10] Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;71:59–65. [http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115\(96\)02605-x](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115(96)02605-x).
- [11] Darves-Bornoz JM, Lépine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Posttraumatic Stress Disorder in rape victims. *Eur Psychiatry* 1998;13:281–7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80045-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80045-X).
- [12] Darves-Bornoz JM, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P, Lépine JP. Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a French follow-up study. *J Trauma Stress* 1999;12:613–23. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024713017052>.
- [13] Darves-Bornoz JM, Degiovanni A, Gaillard P. Validation of a French version of the dissociative experience scale in a rape victim population. *Can J Psychiatry* 1999;44:271–5.
- [14] Dell PF. The long struggle to diagnose multiple personality disorder (MPD): partial MPD. In: Dell PF, O'Neil JA, editors. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-IV and beyond*. New York, NY: Taylor & Francis; 2009. p. 403–28.
- [15] Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Hanna D, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:892–8.
- [16] El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, Gaillard P. Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Diss* 2002;3:59–73.
- [17] Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006;163:623–9. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.623>.
- [18] Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:249–57. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200104000-00007>.
- [19] Ginzburg K, Somer E, Tamarkin G, Kramer L. Clandestine psychopathology: unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:378–81.
- [20] Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:332–7. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199205000-00008>.
- [21] Gingrich HD. Assessing dissociative symptoms and dissociative disorders in college students in the Philippines. *J Agg Maltreatment Trauma* 2009;18:403–18. <http://dx.doi.org/10.1080/10926770902901881>.
- [22] Kundakçi T, Sar V, Kiziltan E, Yargıç IL, Tutkun H. Reliability and validity of the Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D): a preliminary study. *J Trauma Dissociation* 2014;15:24–34. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2013.821434>.
- [23] Mihaescu G, Vanderlinden J, Séchaud M, Heize X, Baettig D. Le questionnaire de dissociation DIS-Q : résultats préliminaires dans une population Suisse francophone. *Encéphale* 1998;24:337–46.
- [24] Moskowitz A, Mosquera S, Longden E. Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: historical, empirical and clinical perspectives. *Eur J Trauma Diss* 2017;1:37–46.
- [25] Mueller-Pfeiffer C, Rufibach K, Perron N, Wyss D, Kuenzler C, Prezewowsky C, et al. Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Res* 2012;200:475–81.
- [26] Nijenhuis ERS. Somatoform dissociation and agency. In: Dorahy M, Gold S, editors. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge Press; 2021 [In press].
- [27] Piedfort-Marin O. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Ann Med Psychol* 2019;177:788–95.
- [28] Putnam F, Loewenstein R. Dissociative identity disorder. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1552–63.
- [29] Rodewald F. Diagnostik Dissoziativer Störungen. [thèse] Hannover: Medizinischen Hochschule; 2005.
- [30] Şar V, Akyüz G, Kundakçi T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:2271–6.
- [31] Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1990;147:76–82.
- [32] Steinberg M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- [33] Steinberg M. Interviewer's guide to the Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- [34] Steinberg M. Advances in the clinical assessment of dissociation: the SCID-D-R. *Bull Menninger Clin* 2000;64:146–63.
- [35] Steinberg M. The SCID-D: therapeutic assessment of dissociation. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021 [in press].
- [36] Steinberg M. Interviewer's Guide to the SCID-D. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021 [in press].
- [37] Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Cecici O, Buyakbayram A, Tutkun H. Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Comp Psychiatry* 2003;44:324–30.
- [38] Kundakçi T, Sar V, Kiziltan E, Yargıç IL, Tutkun H. Reliability and validity of the Turkish version of the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D): a preliminary study. *J Trauma Diss* 2014;15:24K–34K.
- [39] Vanderlinden J. Outils diagnostiques des troubles dissociatifs : une évaluation multidimensionnelle. In: Kedia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillot I, Brown D, editors. *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris: Dunod; 2012. p. 53–84.
- [40] Welburn K, Fraser G, Jordan S, Cameron C, Webb L, Raine D. Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *J Trauma Diss* 2003;4:109–30.
- [41] World Health Organization. *International Classification of Diseases, 11th edition – ICD-11*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/108180424>.

ANNEXE C



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas

The theory of the structural dissociation of the personality for the conceptualization and treatment of dissociative psychosis: Two case studies

Olivier Piedfort-Marin

Université de Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360, Institut Romand de Psychotraumatologie, 21, Avenue de Montchoisi, 1006 Lausanne, Suisse



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 15 décembre 2017

Accepté le 16 avril 2018

Disponible sur Internet le 11 août 2018

Mots clés :

Cas clinique

Historique

Hystérie dissociative

Hypnose

Psychothérapie

Traumatisme psychique

Trouble dissociatif de l'identité

Keywords:

Clinical case

Dissociative hysteria

Dissociative psychosis

Historic

Hypnosis

Psychotherapy

Psychic trauma

RÉSUMÉ

Objectif. – Présenter une compréhension de la psychose dissociative selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

Patients/méthodes. – Nous présentons le cas d'un patient avec des épisodes répétés de psychose dissociative et celui d'une patiente avec une psychose dissociative postpuerpérale. Le traitement se fait selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité en utilisant des méthodes hypnothérapeutiques.

Résultats. – Le premier patient montre une amélioration sensible de la symptomatologie avec arrêt des hospitalisations. Le second cas montre une disparition totale des symptômes psychotiques en trois séances.

Conclusions. – La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité peut être utile pour la compréhension et le traitement de la psychose dissociative. Des techniques hypnothérapeutiques et hypno-imaginatives peuvent être recommandées pour traiter de tels patients.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – We present the theory of the structural dissociation of the personality as a way to conceptualize dissociative psychosis and illustrate this with two case studies. This theory was developed to help understand trauma related disorders, i.e. dissociative disorders. In line with Janet's work, this theory states that a traumatic event can lead to a division (dissociation) of the personality in two or more parts: an apparently normal part of the personality deals with daily life activities and avoids the traumatic memories, and one or more emotional parts of the personality stay fixated on the traumatic experience and can reach a certain autonomy as in dissociative identity disorder. Dissociative psychosis is understood as the intrusion of emotional parts into the apparently normal part, which gets overwhelmed, with psychotic-like intrusions. In the most severe cases, an emotional part takes over the executive role over a long period of time.

Patients/methods. – The first case study is a male patient suffering from repetitive (at least once a year) psychotic episodes with a normal nonpsychotic functioning between episodes. Main psychotic symptoms are mystic delusions, verbal auditory hallucinations and disorganized thinking. Hypnotherapeutic interventions allowed an evaluation of a possible structural dissociation, which then led to the diagnostic of dissociative psychosis. A psychotherapy based on the theory of structural dissociation was then engaged. The second case study is a female patient with depersonalization disorder and a dissociative psychosis several weeks after the traumatic birth of her twin children. Psychotic symptoms were mystic, referential and persecutory delusions.

Adresse e-mail : piedfort@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.013>

0003-4487/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Results. – In the first case, after three years of adapted psychotherapy, the patient showed no relapse of dissociative psychosis and did not need any hospitalization. A single risk of relapse was avoided with one session of adapted hypno-imaginative interventions. In the second case, after three sessions of hypnotherapeutic treatment based on the theory of the structural dissociation of the personality, the patient was symptom free, also at two and half years follow up.

Conclusions. – The theory of the structural dissociation of the personality is useful in conceptualizing dissociative psychosis. Hypnotherapeutic and hypno-imaginative interventions with a light trance and adapted to this theory can be useful in the treatment of such a disorder. Such interventions can help clinicians enter the patient's inner world to better understand the meaning of the symptoms and then suggest a resolution for the trauma related emotional parts involved in the expression of the psychotic-like symptoms. We discuss the necessity of an official diagnostic for this disorder that could be better named reactive dissociative psychosis or reactive dissociative disorder with psychotic features. Clinicians need to be aware of this specific diagnostic that may benefit from specific psychotherapeutic interventions, probably better adapted than those needed for real psychotic disorders.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La psychose dissociative (PD) questionne les concepts de psychose et de dissociation. Sous la dénomination ancienne de psychose hystérique, l'intérêt pour ce trouble décline au début du xx^e siècle, parallèlement avec l'émergence du concept de schizophrénie et le déclin de celui d'hystérie. Le terme même fait débat. Maléval [20] propose à juste titre que ce terme n'est pas adéquat puisqu'il ne s'agit pas de psychose au sens étiologique du terme. Dans l'attente d'une dénomination plus appropriée que nous discuterons plus loin, nous préférons utiliser dans cet article le terme de psychose dissociative, terme plus actuel et davantage reconnu au niveau international [34,44]. Cette maladie restée délaissée par les classifications diagnostiques et les cliniciens malgré plusieurs contributions dans la littérature francophone [9,20] et anglophone [11,18,32,38–40]. Pourtant, elle profiterait d'une prise en charge spécifique et répondrait favorablement à la psychothérapie, en particulier à l'hypnose [44], ce qui donne une importance centrale à la question du diagnostic différentiel.

À la fin du xix^e siècle, les travaux de Janet [13–17] puis de Freud et Breuer [10] ciblent particulièrement les troubles hystériques avec un accord général que ces troubles trouvent leurs origines dans un vécu traumatique. Le concept d'hystérie est alors au centre des recherches en psychopathologie. Comme le font remarquer Freud et Breuer, les pathologies les plus diverses, y compris des hallucinations visuelles, peuvent être mises sur le compte de l'hystérie d'origine traumatique. Janet quant à lui décrit de nombreux cas où les symptômes hystériques prennent les formes les plus diverses, également des symptômes que l'on catégoriserait de nos jours de psychotiques.

Le concept de schizophrénie de Bleuler [4] eut jusqu'à aujourd'hui une influence prépondérante sur les catégorisations diagnostiques. Maléval [20] décrit la faiblesse scientifique des travaux de Bleuler et valide le travail d'observation phénoménologique détaillée de Janet qui met l'observation avant les conclusions conceptuelles et non l'inverse, comme le fit Bleuler. Néanmoins, le concept de schizophrénie eut raison de celui de l'hystérie (troubles dissociatifs, dirait-on de nos jours). Le concept de *Spaltung* comme perturbation au cœur de la schizophrénie amena jusqu'à nos jours à une confusion sur des concepts psychopathologiques clés. *Spaltung* a été souvent traduit en français par dissociation, ce qui fit penser que l'hystérie était simplement une forme de schizophrénie, ce que soutenait d'ailleurs Bleuler mais pas Janet [20]. Néanmoins, selon Ross [33], de nombreux cas cliniques proposés par Bleuler en

1911 recevraient aujourd'hui le diagnostic de trouble dissociatif de l'identité.

Bleuler [4] décrit trois types de symptômes centraux de la schizophrénie :

- la *Spaltung* des fonctions psychiques avec l'émergence de complexes indépendants qui mettent à mal l'unité de la personnalité ;
- les troubles des associations ;
- les troubles affectifs.

Les hallucinations, les délires, les états confusionnels sont pour Bleuler des effets de la *Spaltung* et ces symptômes accessoires ne sont donc pas l'origine de la maladie. De nos jours, le diagnostic de schizophrénie est posé sur la seule base de ces signes « accessoires ». Les travaux de Bleuler se basaient largement sur la psychologie associationniste de l'époque et le concept de *complexe* de Jung qui ressemble au concept d'idées fixes de Janet [21]. Les difficultés de traduction dénotent des difficultés conceptuelles. Faut-il traduire *Spaltung* par dissociation ou par dislocation ou encore scission, clivage ? Si l'on choisit dissociation, est-ce le même concept de dissociation que celui de Janet ? Les troubles des associations sont-ils dus à la dissociation au sens janetien ? On voit ainsi s'installer un chaos conceptuel qui nous poursuit encore.

En 1912, le Français Chaslin propose le concept de discordance, actuellement défini comme « le trouble des associations des processus psychiques entre eux ce qui perturbe le lien entre ces processus psychiques et la réalité et le rend disharmonieux » [5]. Ce concept n'a pas dépassé les frontières hexagonales, mais a été partiellement repris par les classifications internationales (par exemple discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé).

Les tentatives pour différencier névroses et psychoses tout au long du xx^e siècle n'ont eu que des succès mitigés, jusqu'à disparaître des manuels de psychiatrie anglo-saxons [3,20]. On tente donc toujours de définir la psychose sur la base de symptômes, principalement les symptômes accessoires de Bleuler et les symptômes schneideriens. Néanmoins, ces symptômes considérés comme typiques des troubles psychotiques sont aussi présents dans les TD, comme les symptômes schneideriens de premier rang [7,18,32]. Les hallucinations auditives (entendre des voix, des voix d'enfant, des voix dénigrantes ou des voix commentant les actions du sujet) seraient plus fréquentes dans le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) que dans la schizophrénie. Le DSM-5 [2] spécifie (p. 347) que les sujets ayant un TDI « peuvent

également rapporter la perception de voix (par exemple une voix d'enfant, des pleurs, la voix d'un esprit) » et met en avant la confusion diagnostique possible entre TD et schizophrénie.

La CIM-10 [25] spécifie sans aucune description l'existence de la psychose hystérique dans le chapitre sur les TD. Avec le Trouble psychotique bref avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) le DSM-5 reconnaît qu'un événement traumatique puisse amener à une décompensation psychotique brève. Alors que certains auteurs considèrent que la PD est de durée brève [9], d'autres spécifient qu'elle peut avoir une durée plus longue si elle n'est pas traitée adéquatement [40]. La PD pourrait donc ne pas correspondre au diagnostic de trouble psychotique bref selon le DSM-5. Si la PD n'est pas mentionnée dans le DSM-5 dans le chapitre sur les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, dans le chapitre sur les TD, il est stipulé que « certains individus [ayant un TDI] présentent des phénomènes ou des épisodes psychotiques transitoires ». On voit donc que les deux catégorisations officielles des troubles mentaux ne sont pas aidantes pour classer la PD.

Alors, comment définir la PD ? Nous proposons de considérer la PD comme un trouble dont l'origine est une *dissociation* de la personnalité au sens janetien du terme, c'est-à-dire une division de la personnalité en plusieurs systèmes d'idées et de fonctions qui peuvent s'émanciper. C'est la raison pour laquelle nous nous basons sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TSDP) [41], une théorie basée sur les travaux de Janet, pour élaborer une compréhension de la PD. Dans certains cas, l'activation de ces systèmes autonomes peut prendre une *présentation* psychotique. Par *présentation* psychotique, considérant le manque de clarté du concept de psychose, on entend communément que ce sont des symptômes listés sous troubles psychotiques dans les classifications internationales. Mais l'étiologie de la PD est dissociative, c'est-à-dire, elle trouve son origine dans une dissociation de la personnalité au sens janetien du terme. La dissociation d'origine traumatique amène à une structure organisée dont la logique peut nous échapper en début de traitement. Si nous sommes d'accord que tout ce qui est délire ou hallucination n'est pas psychotique, encore faut-il arriver à différencier les délires et hallucinations d'origine dissociative de ceux d'origine psychotique. Maléval [20] proposait d'ailleurs de différencier délire et délirium, hallucination et illusion pour mieux distinguer psychose et hystérie (trouble dissociatif). La TSDP, dans la droite ligne des travaux de Janet, se concentre sur la structure de la personnalité sous-jacente aux symptômes à *présentation* psychotique présents dans la PD. Cet article peut contribuer à clarifier certains de ces aspects diagnostiques complexes. Le thème des « vraies » décompensations psychotiques suite à des traumatismes récents dépasse le cadre de cet article.

La PD se trouve ainsi au carrefour de plusieurs problématiques :

- la difficulté à définir la psychose et à la différencier clairement des autres troubles, y compris au niveau étiologique ;
- le chaos conceptuel autour des concepts de dissociation, *Spaltung*, *Zerspaltung*, discordance, troubles des associations, clivage ;
- un chevauchement de certains symptômes entre les TD et les troubles psychotiques ;
- une perte d'intérêt pour l'hystérie depuis le début du xx^e siècle et actuellement pour les TD ;
- enfin un oubli des travaux de Janet. Nous considérons que la discordance et les troubles des associations sont de nature différente de la dissociation janetienne.

Cet article aborde la PD à travers deux études de cas, en se basant sur TDSP [41] qui permet une conceptualisation aidante de ce

trouble. L'article finira par des recommandations en termes de diagnostic et de traitement.

2. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

La TDSP développée par Van der Hart, Nijenhuis et Steele [24,41,42] permet de conceptualiser les TD et aussi la PD. Les auteurs reprennent les travaux de Janet [13–17] et de Myers [22] en les enrichissant par ceux de Panksepp [26]. Des recherches récentes en neurobiologie amènent des confirmations intéressantes de leurs travaux [30,36].

La TDSP postule que la personnalité peut se diviser (se dissocier) en plusieurs entités ou parties sous l'effet d'événements traumatisants, lorsque le sujet ne dispose pas de capacités intégratives suffisantes pour faire face à ces événements, en particulier dans l'enfance et l'adolescence. Avec le temps, certaines parties continuent de s'engager dans les fonctions de la vie quotidienne alors que d'autres restent fixées sur les expériences traumatiques. Ces dernières s'engagent dans des mécanismes ressemblant aux mécanismes de défense animale lorsqu'on est exposé à des dangers réels ou perçus. Les différentes parties dissociatives de la personnalité exercent donc différentes fonctions basées sur des systèmes d'action dérivés de l'évolution (attachement, exploration, jeu, défense, etc.), et se manifestent dans des actions mentales et comportementales correspondantes. Les parties dissociatives engagées dans le quotidien (que l'on pourrait catégoriser d'états de personnalité « adultes ») ont tendance à éviter les souvenirs traumatiques pour mieux fonctionner au quotidien, ce qui avec le temps maintient et renforce la structure dissociative. Ce phénomène se met en place en particulier dans l'enfance lorsque les événements menaçants (violences physiques ou sexuelles, maltraitements, négligences) ont lieu fréquemment. Les expériences traumatiques sont alors contenues par une ou plusieurs parties dissociatives de la personnalité qui peuvent devenir de plus en plus autonomes. Parce que leurs fonctions sont définies par des émotions de base en lien avec l'expérience traumatique (peur, colère, impuissance, tristesse, pleurs d'attachement), et reprenant les définitions de Myers [22], elles sont nommées par Van der Hart et al. [41] *parties émotionnelles de la personnalité* (PE). Parallèlement, la partie de la personnalité qui gère le quotidien évite activement les souvenirs traumatiques et les PEs, développant ainsi une phobie des PEs, problème central des TD. Parce qu'elle tente de s'adapter tant bien que mal à la vie quotidienne et peut dès lors paraître relativement normale, on nomme cette partie dissociative *partie apparemment normale de la personnalité* (PAN). La PAN et les PEs sont donc les composantes de la personnalité des patients souffrant de TD et d'autres troubles d'origine traumatique et entretiennent entre elles une dynamique systémique complexe.

Lorsque des PEs développent une autonomie importante, elles peuvent alors prendre par période un rôle exécutif sur la PAN, ce qui amène à un changement de personnalité, appelé *switch*, ce qui, lorsqu'ils sont fréquents, donne lieu au diagnostic de TDI. Ces passages d'une entité à une autre se présentent souvent mais pas toujours avec une amnésie par la PAN de la période où une PE a pris le rôle exécutif sur le corps et le mental. La patiente présente en général un comportement différent que d'habitude, avec une attitude enfantine, effrayée, triste ou agressive. Parfois, le comportement adopté peut se vouloir aidant. Certaines PE sont en effet capables d'actions complexes afin de reprendre les obligations de la PAN absente.

Lorsqu'elles ne prennent pas le rôle exécutif, les PEs peuvent agir « à l'intérieur », provoquant chez la PAN des symptômes intrusifs comme des hallucinations diverses (voix, sensations,

perceptions). Lorsque les PE ont une influence forte sur le fonctionnement de la PAN sans prendre un rôle exécutif complet, on posera le diagnostic DSM-5 d'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (anciennement Trouble dissociatif non spécifié de type 1, dans le DSM-IV [1]). Ces symptômes intrusifs sont souvent des symptômes schneideriens de premier rang, nombreux chez les patients TDI [7,18].

3. Dissociation structurelle et psychose dissociative

La TDSP peut s'avérer intéressante pour comprendre et conceptualiser la survenue d'une PD. Witztum et Van der Hart [44] proposent plusieurs cas de figures pour conceptualiser une PD selon la TDSP, plusieurs de ces possibilités pouvant se combiner.

- « La PAN se sent débordée par des voix menaçantes ou donnant des ordres ;
- Une ou plusieurs PE a/ont pris le rôle exécutif et est/sont dans la reviviscence d'événements traumatiques (*idées fixes primaires* selon Janet) ;
- Une ou plusieurs PE a/ont pris le rôle exécutif et est/sont dans la reviviscence d'hallucinations terrifiantes dérivées d'expériences traumatiques (*idées fixes secondaires* selon Janet) ;
- Des *switchs* rapides entre PE à cause de souvenirs traumatiques réactivés ;
- Le phénomène de *double émotion* [17,44] lorsqu'une traumatisation actuelle réactive des traumatisations anciennes. »

Pour mieux comprendre ces différents cas de figure, nous devons donner des précisions sur le fonctionnement des PE et de la PAN. La TDSP considère que chez les patients dissociatifs, une hallucination auditive ou sensorielle est l'expression d'une PE. Dans ce cas, une PE s'exprime « à l'intérieur » plutôt que de prendre le contrôle exécutif complet ce qui provoquerait un *switch*. Ainsi, la PAN peut rapporter entendre une voix qui lui dit qu'elle est mauvaise ou bien qu'elle devrait se tuer ou bien encore qu'elle doit demander de l'aide. Lors d'un vécu d'agressions physiques ou sexuelles ou de trahisons, peuvent se développer certaines PE fixées sur de telles expériences et qui sont particulièrement méfiantes. La PAN peut alors rapporter des idées paranoïaques.

Les PE ont une conception de soi, des autres et du monde en lien avec l'âge de leur apparition, avec le traumatisme lors duquel elles sont apparues, et avec la fonction qu'elles ont développée. Lorsque les traumatismes étaient des violences sexuelles, le contenu des PE est souvent à connotation sexuelle. Leurs capacités sont aussi influencées par l'état mental du sujet lors du traumatisme : si l'enfant a été alcoolisé ou drogué par l'agresseur, les perceptions de l'enfant vont être altérées. Une PE qui s'est développée dans de telles conditions peut présenter des éléments d'apparence psychotique parce que les perceptions ont été altérées par l'alcool ou les substances. Plus tard, si suite à un *switch* une telle PE prend le rôle exécutif, le clinicien risque de ne pas comprendre ce qu'elle communique et peut donc labelliser cette expérience de psychotique.

D'autres PE développent une compréhension de la situation traumatique influencée par le niveau de développement du sujet au moment du traumatisme. Par ailleurs, les enfants peuvent faire appel à leur imaginaire pour trouver une logique ou une compréhension rassurantes aux événements traumatiques. À l'âge adulte, de telles PE peuvent aussi présenter des symptômes à présentation psychotique en lien avec la compréhension enfantine ou avec le monde imaginaire qu'elles se sont créés autour du traumatisme en question.

PEs et PAN sont dans une dynamique systémique complexe, agissant entre elles et par rapport au monde extérieur. Un facteur

fondamental dans la compréhension de ce système dynamique réside dans le niveau d'énergie de la PAN. Si la PAN a un niveau d'énergie élevé, elle pourra mieux gérer les intrusions des PE, souvent par l'évitement mental. Elle mentionnera alors des « pensées » plutôt que des voix, des « croyances particulières » plutôt que des pensées délirantes, pouvant les relativiser ou les mettre à distance. Par ailleurs, lorsque la PAN a un faible niveau d'énergie, certaines PE peuvent s'exprimer plus facilement alors que d'autres PE veulent soutenir la PAN. Ces deux phénomènes peuvent amener à une apparition ou une recrudescence de *switchs* et/ou de symptômes intrusifs qui peuvent submerger la PAN et faire baisser d'autant plus son niveau d'énergie. Peut alors se développer un cercle vicieux inquiétant pour l'évolution de l'état du sujet. Une baisse du niveau d'énergie de la PAN peut avoir lieu lorsque le sujet a vécu récemment des événements stressants ou traumatisants, événements qui fragilisent le sujet et peuvent, en outre, réactiver des traumatismes anciens, avec un risque accru de décompensation.

En se basant sur la TDSP, la PD peut être comprise comme la prise du rôle exécutif par une PE sur une certaine période de temps, ou encore par l'intrusion sévère d'une ou plusieurs PE sur la PAN qui ne peut pas les gérer [44]. Les éléments à retenir sont une baisse du niveau d'énergie de la PAN ainsi que les difficultés – pour la PAN et/ou le clinicien – à comprendre les symptômes intrusifs, c'est-à-dire, les expressions des PE. Dans certains cas, la PD correspond à une phase du développement d'un TDI ou d'un autre TD complexe. Dans d'autres cas, la PD est l'expression d'une dissociation structurelle sous-jacente provisoirement décompensée.

4. Traitement de la psychose dissociative

Concevoir certains symptômes d'apparence psychotique comme l'expression d'une PE chez un sujet avec une structure dissociative permet de diriger le traitement psychologique (et médical) de manière spécifique. Pour le traitement des TD, des interventions ont en effet été développées par les tenants de la TDSP [24,41,42], et déjà par les tenants de la thérapie des états du moi, précurseurs de la TDSP [27,43], ou des auteurs américains d'obédience psychodynamique se basant sur un modèle de parties [19,29,31]. Ces interventions sont intégratives et utilisent de nombreuses techniques hypnotérapeutiques, comportementales, cognitives et systémiques.

Il existe peu de recommandations pour le traitement des PD. Il semble, néanmoins, que la psychothérapie soit une approche efficace, en particulier l'hypnose [40]. Van der Hart et Spiegel [39] proposent même que l'hypnose permettrait un diagnostic différentiel entre une PD et un trouble psychotique non dissociatif. Selon Van der Hart et al. [40], « des méthodes hypnotérapeutiques peuvent aider les thérapeutes à entrer dans le monde du patient, à rejoindre et utiliser les symboles idiosyncratiques et la symbolique culturelle pour transformer ce monde intérieur ». Les patients avec une PD seraient plus facilement hypnotisables que les patients schizophrènes [38].

Nous allons présenter deux vignettes cliniques¹ correspondant toutes deux à la combinaison des conditions (1) (la PAN est débordée par des voix menaçantes ou donnant des ordres) et (5) (réactivation d'un traumatisme ancien par un traumatisme actuel) selon Witztum et Van der Hart [44]. Dans ces deux vignettes cliniques, nous avons utilisé des méthodes hypnotérapeutiques adaptées à la TDSP pour sonder le monde intérieur de ces deux sujets afin de comprendre leurs symptômes et d'en tirer les solutions permettant de stabiliser le système interne.

¹ Les sujets ont donné leur accord écrit à cette publication. Des données personnelles ont été modifiées pour garantir l'anonymat.

5. Cas n° 1 : épisodes répétitifs de psychose dissociative

Je reçois Monsieur Walter B. à la demande de ses thérapeutes afin de clarifier un diagnostic incertain de schizophrénie et d'analyser de possibles phénomènes dissociatifs chez ce patient au passé traumatique sévère (trahisons et abandons parentaux, violences sexuelles par un prêtre). Ce qui étonne les soignants de cet homme de 35 ans, c'est qu'il n'est « pas du tout psychotique » en dehors de périodes d'une durée de plusieurs semaines lors desquelles il développe des délires mystiques qui nécessitent hospitalisation et prescription de neuroleptiques. Il reçoit à 16 ans le diagnostic de « troubles psychotiques aigus et transitoires polymorphes, sans symptômes schizophréniques ». S'ensuivent divers traitements ambulatoires et hospitaliers, souvent suite à des périodes de crise. L'étude du dossier médical montre que les soignants sont hésitants quant au diagnostic. Tous observent lors des crises des symptômes psychotiques comme un comportement désorganisé, des hallucinations acoustico-verbales, des délires mystiques, une anhédonie, une aboulie et parfois un émoussement affectif. Les crises surviennent lors de stress, comme une rupture amoureuse, des problèmes professionnels sérieux, peuvent amener à des tentamens, et donnent lieu à des hospitalisations répétées, une fois par an et parfois plus. Les autres diagnostics retenus démontrent de la difficulté des soignants précédents à conceptualiser le cas :

- « schizophrénie avec rémission complète » ;
- « schizophrénie épisodique avec rémission complète sans précisions et épisodes dépressifs sévères avec symptômes psychotiques » ;
- « trouble psychotique aigu et transitoire avec facteur de stress associé ».

Tous les soignants évoquent la complexité du diagnostic de par la différence nette dans le niveau de fonctionnement du sujet selon s'il est décompensé ou se porte bien. Les symptômes psychotiques envahissants lors des phases de décompensation disparaissent alors pour laisser place à des ressources importantes et à la capacité d'une activité professionnelle autonome. Néanmoins, les hospitalisations fréquentes et la stigmatisation due au diagnostic vont marquer sa vie personnelle et professionnelle avec une marginalisation sociale progressive.

L'évaluation a lieu alors que Monsieur B. n'est pas décompensé. Le score au Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ)-20 [8,23] est de 29, alors que le score de 30 indique la présence possible d'un TD. Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R [37]) ne permet pas de poser un diagnostic de TD ; par contre, il met en avant, lors des phases de décompensation, des symptômes de dépersonnalisation et de légers symptômes d'altération de l'identité, une catégorie de symptômes dissociatifs particulièrement représentative du TD. On note quelques traits de personnalité borderline qui n'expliquent cependant pas la problématique. On peut poser l'hypothèse d'une structure dissociative compensée lors de cet entretien d'évaluation, c'est-à-dire que des PE peuvent être « au repos » lorsque le patient se porte bien et s'activer dans des situations de stress ou d'épuisement de la PAN. Pour tester cette hypothèse, le sujet accepte ma proposition de mise en transe légère (par un exercice de relaxation) afin de tester la présence d'une PE « cachée ». Le sujet s'avère difficilement hypnotisable, ayant du mal à lâcher le contrôle face à un thérapeute inconnu. On peut, néanmoins, découvrir deux PE (de 13 ans et de 16 ans) aux prises avec des idées mystiques en lien avec l'enseignement religieux que refusent ces PE. La PE de 13 ans est fixée sur la

célébration de la première communion. La PE de 16 ans peut dire qu'elle croit « plus dans les extraterrestres qu'en Dieu ». Les deux PE sont apaisées par des méthodes hypno-imaginatives simples (mises en sécurité dans un lieu sûr imaginaire et consolation). Le sujet est ému de cette rencontre avec ses PE plus jeunes et il voit mieux le lien avec l'émergence des idées mystiques et de référence lors des phases de décompensation. Une part des hallucinations acoustico-auditives qu'il a lors des décompensations peut être mise sur le compte de ces PE. Cette évaluation sous transe légère a permis de confirmer la présence d'une structure dissociative qui permet d'expliquer la survenue d'une PD dans des périodes de stress lorsque la PAN est affaiblie et ne peut donc plus éviter mentalement les intrusions des PE. Il est conseillé à son thérapeute de travailler en tenant compte de cette structure dissociative de la personnalité. Son travail porte ses fruits puisque trois ans plus tard le patient n'a pas dû être hospitalisé et n'a pas présenté de symptômes psychotiques pendant cette période, à l'exception d'une période de crise que nous allons maintenant décrire.

Deux ans après les entretiens diagnostiques décrits, Monsieur B. entre soudainement dans une décompensation alors que son thérapeute est sur le point de partir en vacances. Des symptômes à présentation psychotique émergent de manière inquiétante en quelques jours : état confusionnel ; propos délirants ; peur de ne pas savoir dans quelle réalité il est ; signes prodromiques habituels d'une décompensation chez ce sujet.

Je vois le patient en urgence alors que son thérapeute est en congé. Monsieur B. évoque d'emblée sa nouvelle relation avec une femme dont il est très amoureux mais qui est ambivalente à son égard. En outre, elle souhaite avoir des relations sexuelles à plusieurs, avec lui et d'autres hommes. Il dit ne pas arriver à dormir depuis une semaine. Lorsqu'il dort avec elle, il dit avoir alors de la peine à respirer, trembler, être sur le qui-vive. Des « angoisses de vie et de mort », en lien avec les pensées de références et délires mystiques, sont revenues ainsi que la peur de mettre fin à ses jours. Le patient est en effet au bord d'une décompensation sévère comme il en a déjà eu dans le passé : la PAN est épuisée par le manque de sommeil et l'activation de problématiques d'attachement ; des PE émergent de nouveaux sous la forme de voix exprimant des opinions négatives et délirantes sur la vie et la mort (délires mystiques). Des idées de référence n'ont pas refait surface à ce moment-là.

Après un exercice de relaxation, je lui propose qu'il s'ouvre à son « monde intérieur » et s'approche des « forces intérieures » qui s'expriment ces derniers jours. Il évoque une PE de l'enfance, une autre PE adolescent, une PE qui représente sa grand-mère décédée qui a beaucoup compté pour lui. La PE enfant est fixée sur les expériences de violences sexuelles. Dans cette situation de crise, la veille de Noël, je choisis d'être directif en me basant sur les éléments à disposition et sur mon contre-transfert : « Serait-il possible que ce petit Walter émerge ces derniers temps parce qu'il est question de partager l'intimité avec un autre homme puisque votre amie veut avoir des rapports sexuels à plusieurs en votre présence. Je crois qu'il ne veut pas à nouveau être nu avec un homme. » Le patient acquiesce de la tête le long de mon intervention en versant des larmes. Le patient dit que « le petit Walter » est en colère et crie « je n'ai rien fait de mal ! ». Je confirme qu'en effet il n'a rien fait de mal et propose au patient dans sa PAN de le dire à la PE en question. Je suggère enfin que « le petit Walter » soit mis dans un lieu sûr imaginaire et consolé (descriptif détaillé de cette technique : [28]). À la fin de la séance, le patient est plus calme et satisfait d'avoir compris les raisons de son mal-être soudain. Il lui est conseillé de prendre régulièrement contact avec

les PE en présence et de s'assurer qu'elles restent dans leur lieu sûr imaginaire. Enfin, je le mets en garde : le souhait de son amie d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs hommes en même temps réactive les mémoires traumatiques des violences sexuelles subies dans son enfance. Cette séance n'a pas permis d'aborder les aspects d'attachement traumatique réactivés par la rencontre avec cette femme idéalisée. Suite à cette séance et avec une légère augmentation de la médication anxiolytique, Monsieur B. se stabilisa et n'eut pas besoin d'une hospitalisation. Le travail thérapeutique se basant sur la structure dissociative continue avec son thérapeute. Un an plus tard, le patient n'a pas eu d'autres crises de PD ni prodromique. Cela fait en tout trois ans qu'il n'a pas dû être hospitalisé, ce qui contraste nettement avec la forte fréquence des hospitalisations qu'il a eues entre l'âge de 16 et 35 ans.

6. Cas n° 2 : psychose dissociative post-puérale

Mme C. est une femme de 35 ans qui prend contact quelques semaines après la naissance de jumeaux. Suite à un accident de voiture, l'accouchement a été précipité et a fait l'objet de complications médicales qui ont failli être fatales à la mère et aux enfants. Mme C. est connue du thérapeute (OPM) pour une psychothérapie de séquelles de traumatismes infantiles et de problèmes relationnels avec son époux. Cette thérapie a consisté en 50 séances d'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, Thérapie de retraitement par mouvements oculaires [35]) et s'est terminée un an auparavant après une intégration de souvenirs traumatiques, des changements positifs correspondants et un état de pleine satisfaction dans la relation à son époux.

Au téléphone, Mme C., très perturbée, décrit des phénomènes de dépersonnalisation et d'autres phénomènes qui l'effraient et dont elle ne veut pas parler au téléphone. La dépersonnalisation constante l'inquiète et l'épuise et il est question d'une hospitalisation. Elle a remarqué la dépersonnalisation pendant l'accouchement puis cet état est réapparu après plusieurs semaines « heureuses ». Dans cet entretien téléphonique, je rassure la patiente par des informations sur les séquelles précoces de traumatisme, et propose un rendez-vous le lendemain pour évaluer l'option d'une hospitalisation, ce qui calme la patiente. Lors du premier entretien, Mme C. décrit avoir depuis une semaine de la méfiance à l'égard des ami(e)s et des « pensées parano » à propos d'un complot du mari et des nouveau-nés contre elle. Elle décrit également des « pensées mystiques », un sentiment de « comprendre le sens » d'événements les plus anodins. Ces symptômes sont accompagnés d'une certaine agitation. On peut confirmer une dépersonnalisation sévère que la patiente dit avoir déjà vécue lors des traumatismes infantiles. La patiente garde selon les moments un regard critique face aux idées délirantes de persécution et aux idées de références, mais au prix de beaucoup d'énergie et d'autopersuasion. Je suspecte des hallucinations auditives, mais n'investigue pas cela pour ne pas déstabiliser davantage la patiente. « Il y a quelque chose en moi sur lequel je n'ai pas le contrôle » : par cette phrase on peut émettre l'hypothèse d'une dissociation structurelle et de l'émergence d'une PE qui déstabilise la PAN. Nous testons cette hypothèse : « Donc, il y a quelque chose en vous qui vient avec ces pensées de complot et ces idées mystiques et il y a vous qui n'êtes pas vraiment ou pas complètement d'accord avec ces idées ? De manière différente selon votre niveau d'énergie ? » La patiente acquiesce tout en précisant que selon son état de fatigue elle peut adhérer plus fortement à ces pensées. On a ainsi un accord en faveur de l'hypothèse d'une dissociation structurelle à l'origine de ces symptômes à présentation psychotique. La patiente accepte que l'on explore, la séance suivante, cette « force intérieure » pouvant expliquer ces phénomènes. Je l'invite à consulter un psychiatre de

ma connaissance en vue d'une possible médication. Pendant cette première séance, la seule technique hypnothérapeutique utilisée fut des séquences d'acceptation pour être au plus près de la patiente et renforcer la relation thérapeutique.

Lors de la seconde séance, la patiente dit avoir pu se persuader de me faire confiance malgré les pensées paranoïaques. Je guide Mme C. dans un exercice simple de relaxation pour la calmer un minimum. Je lui demande ensuite quelle forme pourrait représenter la force qui envoie ces idées de complot et si elle pourrait entrer en contact avec cette force. Il s'agit d'une grande ombre noire et la patiente, paniquée, la sent se précipiter sur elle. J'interviens immédiatement : « Dites-lui de s'arrêter ! » L'ombre noire s'arrête, à la surprise de la patiente. Puis une intervention centrale : « Elle vous a écoutée, elle a fait ce que vous lui demandiez de faire. » La patiente est étonnée. S'ensuit dans un dialogue interne une exploration des motivations de cette force (PE) symbolisée par l'ombre noire. La patiente dans sa PAN apprend que cette PE veut la protéger, qu'elle est donc de son côté. Lors de traumatismes infantiles, c'est la connaissance d'informations que l'agresseur n'avait pas qui avait permis de mettre un terme aux violences. Une PE protectrice s'était ainsi formée avec la croyance que, si elle avait des connaissances supérieures, alors elle serait protégée de dangers potentiels. Cet élément n'avait pas été traité lors de la thérapie précédente. J'opte ensuite pour une procédure développée par Piedfort-Marin et Reddemann [28]. Il s'agit de donner de la reconnaissance à la PE pour son rôle, de la réorienter dans le présent et ensuite de négocier avec elle un nouveau rôle dans le futur. J'invite la PAN à remercier la PE d'être restée là toutes ces années et de s'être tenue prête à protéger la patiente (c'est-à-dire la PAN), de reconnaître que c'était très utile à l'époque. Ensuite, on demande à la PE quel âge a la patiente et elle répond « 12 ans », au grand étonnement de la PAN. J'invite la PAN à lui dire son âge (35 ans), qu'elle a le permis de conduire, un travail, deux enfants, une maison. La PE est étonnée. Ensuite, je suggère un rapprochement entre la PAN et la PE et renforce la position d'adulte efficace et responsable de la PAN, invitant la PE à se mettre en retrait et à n'intervenir que si et seulement si l'adulte en a vraiment besoin. La PE accepte de se mettre en retrait, se rendant compte que la PAN est une femme d'expérience maintenant. La patiente dans sa PAN se sent alors plus légère.

On aborde ensuite les « idées mystiques » qui selon la PAN n'ont pas à voir avec la première PE. La PAN peut dire que ces idées mystiques « c'est quelque chose qui me rassure, me donne de la force et me contient. Ça a toujours été là, mais ce n'était jamais gênant comme ça l'est maintenant ». Je demande si la patiente sait pourquoi cette force est devenue plus forte récemment. « Oui. Parce que j'ai failli mourir. Et si la vie n'avait pas de sens, ça serait dramatique de mourir. Toutes ces choses spirituelles se sont intensifiées autour de la naissance des jumeaux. » Ces phénomènes sont apparus « vers mes 18 ans en contact avec des personnes qui étaient dans le spirituel, à l'église que je fréquentais à l'époque. C'était une période très difficile pour moi et ces gens et leurs croyances spirituelles me rassuraient et me contenaient ». J'utilise ce que vient de dire la patiente et y apporte de la reconnaissance pour la souffrance de la jeune fille de 18 ans : « Je comprends que la jeune fille de 18 ans était très perturbée par différentes choses et elle avait eu une adolescence difficile et sa famille n'avait pas compris et pas vu ce qui se passait pour elle, alors elle a recherché de l'aide à l'extérieur de la famille et à l'église elle a trouvé de l'aide. » La patiente pleure et dit que cela a un effet sur la PE. La PAN est ensuite invitée à mettre la jeune fille de 18 ans dans un lieu sûr imaginaire où elle pourra se sentir « rassurée et contenue », pour reprendre les mots de la patiente. Puis, un personnage bienveillant imaginaire rassure la jeune fille (procédure de l'apaisement de l'enfant blessé [28]). La patiente conclut que « maintenant elle [la PE] n'a pas besoin de trouver un sens dans les choses de la vie. Elle est bien juste comme ça ».

Six jours plus tard eut lieu le troisième entretien. La patiente a eu nettement moins de symptômes et il a donc été décidé avec le psychiatre qu'elle ne prendrait qu'un anxiolytique léger le soir pour faciliter l'endormissement. Cette séance est utilisée pour continuer à travailler avec la PE responsable des pensées de complot. Sentant que la PAN est encore faible, cette PE, dans son rôle de protection à l'égard de la PAN, veut anticiper de possibles prises de pouvoir par autrui. Cette séance est utilisée à rassurer cette PE et à la réorienter davantage dans le présent, comme fait précédemment.

La semaine suivante, la patiente dit ne plus avoir « aucun symptôme bizarre » ni dépersonnalisation. Elle a eu une « belle discussion » bénéfique avec sa mère autour de sa propre naissance qui a aussi été traumatique. S'en est suivi un travail psychothérapeutique de dix séances pour apaiser les éléments traumatiques anciens que les traumatismes de l'accident de voiture et de l'accouchement avaient réactivés. Les points communs étaient la réaction de dépersonnalisation péritraumatique et le sentiment d'impuissance.

Au suivi de deux ans et demi, aucun symptôme à présentation psychotique ni post-traumatique n'est réapparu. La patiente dit aller très bien, de même que sa vie familiale et elle rapporte que les enfants se développent bien.

7. Discussion

Van der Hart et al. [40] rapportent que, selon Janet, « une psychose pouvait être considérée hystérique si sa nature dissociative pouvait être établie », et ceci selon plusieurs critères que nous listons ici, accompagnés de nos commentaires basés sur la TDSP :

- « La psychose est impliquée dans un phénomène dissociatif. » Cela fait référence à une structure dissociative de la personnalité ;
- « La psychose elle-même devrait être un état mental dissocié. » Dans le langage de la TDSP, le phénomène d'apparence psychotique est alors l'expression d'une PE ;
- « Il existe une division ou un dédoublement de la personnalité. » Cela présuppose une structure dissociative constituée d'au moins deux parties dissociatives, avec une PAN et au moins une PE ayant une certaine autonomie ;
- « Existence de phénomènes subconscients. » Il faut comprendre cela comme des phénomènes qui sont le fait de PEs ;
- « Apparition d'états modifiés de conscience. » Lorsqu'une PE émerge, la PAN peut en effet présenter un état similaire à une transe, prise qu'elle est par les influences de la PE sur ses pensées, émotions et perceptions. Par ailleurs, une PE peut apparaître dans un état de transe qui est en fait un état de conscience spécifique en lien à la situation traumatique passée.

Witzum et Van der Hart [44] proposent que « pour reconnaître un trouble ou un épisode psychotique comme un syndrome de psychose dissociative, il devrait être en lien avec un traumatisme et être impliqué dans une dissociation structurelle de la personnalité ». Les deux cas cliniques présentés dans cet article répondent à ces conditions.

L'approche psychothérapeutique de la PD est peu développée dans la littérature. Ces deux études de cas montrent l'utilité de l'hypnose et de méthodes hypno-imaginatives intégrées dans le modèle de la TDSP.

Aucun test d'hypnotisabilité n'a été réalisé auprès des deux sujets présentés ici. L'utilisation de méthodes hypnothérapeutiques a néanmoins pu être possible sous transe légère. Lors de son

évaluation, Monsieur B. avait des difficultés à se laisser guider par le clinicien, comme bon nombre de personnes qui ont vécu des abus de pouvoir. Par ailleurs, Monsieur B. donne l'exemple d'une dissociation structurelle dans laquelle la PAN est très évitante des PEs et des souvenirs traumatiques associés. Le clinicien a mis un moment avant de trouver le moyen d'être plus proche du sujet, utilisant ses propres résonances, ce qui a ouvert la voie à une exploration fructueuse de la structure dissociative. Dans le cas de Madame C., malgré une contamination du délire sur la personne du thérapeute, la relation de confiance précédemment établie a rendu possible une mise en transe légère, suffisante pour accéder à la structure dissociative.

Dans ces deux cas, l'utilisation de l'hypnose a été efficace et rapide parce qu'elle se basait sur l'hypothèse d'une structure dissociative. Des techniques hypnothérapeutiques standard ne se basant pas sur la TSDP peuvent avoir un effet calmant [40], mais leur action sur la structure dissociative restera limitée. Or, c'est là que l'intervention thérapeutique devrait agir pour un effet optimal.

Selon certains auteurs [9,11], la PD disparaîtrait spontanément en quelques semaines. Il faudrait clarifier s'il s'agit d'une guérison spontanée ou si la guérison est due à une hospitalisation, une sécurisation, du repos ou une médication. Néanmoins, une PD peut avoir une plus longue durée et dans ce cas une prise en charge psychothérapeutique spécifique s'impose [40]. La PD peut aussi présenter des épisodes répétitifs [6,38] comme c'est le cas de Monsieur B. Pour les PD à épisode répétés, il faudrait considérer la PD dans le cadre d'un TD (TDI ou ATDS) ou de traumatismes complexes avec une structure dissociative. Un travail préventif peut se faire en prenant en considération la dissociation structurelle.

Dans des cas d'urgence psychiatrique, il peut être utile de pratiquer des interventions hypnothérapeutiques rapides et ciblées en vue de comprendre l'origine de la PD et d'apaiser les PEs en action. Cela est moins stigmatisant et donc moins déstabilisant qu'une prise de neuroleptiques ou qu'une hospitalisation. Dans les deux cas présentés ici, l'avantage était que le thérapeute connaissait les patients et leur histoire et qu'une relation de confiance était déjà instaurée. Dans le cas de Madame C., on aurait pu cibler le thème bien présent de la naissance : ce que son propre accouchement traumatique renvoyait à la patiente de sa propre naissance difficile. Néanmoins, une exploration sans *a priori* des symptômes a amené à une autre problématique dont le traitement s'est avéré efficace immédiatement. Lorsque l'on émet l'hypothèse d'une PD, nous conseillons de suivre les symptômes. Ils nous communiquent quelque chose ; ils sont l'expression d'une PE qui a besoin d'être entendue. Le thérapeute doit aller en terrain inconnu pour explorer les symptômes avec la patiente en tant que PAN, et parfois en tant que PE si la PAN est tellement en retrait que la PE a pris la position exécutive.

8. Conclusion

Diverses dénominations de la PD ont été proposées pour ce que l'on appelait encore il y a peu psychose hystérique : psychose dissociative réactionnelle [38,40], trouble dissociatif aigu avec présentation psychotique [34]. Nous soutenons cette dernière proposition. Dans tous les cas, il serait logique que ce trouble soit catégorisé dans les TD. Cela clarifierait l'origine traumatique du trouble, sa nature dissociative et sa présentation psychotique.

Le DSM-5 ne tient pas compte de la PD. La place de la PD dans la 11^e révision de la CIM est encore inconnue. En l'absence d'un diagnostic officiel reconnaissant l'existence de la PD, il convient de sensibiliser les cliniciens, en particulier les psychiatres urgentistes à cette entité clinique à part entière.

La situation peut être délicate pour un clinicien qui n'aura pas connaissance de l'anamnèse psychotraumatique d'un patient, comme c'est le cas, par exemple, dans un service d'urgence psychiatrique. Le clinicien peut ne pas voir, ni même concevoir, le lien possible entre la symptomatologie en apparence psychotique d'une patiente et une possible dissociation structurelle de la personnalité.

La sécurité du patient et celle de son entourage doivent toujours être prioritaires dans la prise en charge d'une PD. Cela implique aussi de concevoir un traitement psychologique qui pourrait débloquent certaines situations, sévères dans leur présentation, comme celles décrites dans ces deux vignettes cliniques, mais aisément résorbables par des méthodes hypnotérapeutiques et hypno-imaginatives se basant sur l'hypothèse d'une structure dissociative. Le traitement devrait dans tous les cas correspondre aux lignes directrices pour le traitement des troubles dissociatifs, préconisant un traitement par phases :

- phase 1, stabilisation et réduction des symptômes ce qui peut inclure une hospitalisation et une prescription médicamenteuse) ;
- phase 2, travail sur les souvenirs traumatiques ;
- phase 3, intégration de la personnalité [12,41].

En l'absence de connaissances suffisantes en hypnose et sur la TDSP ou une autre théorie proche comme la théorie des états du moi [27,28,43], le clinicien privilégiera un traitement connu, sécurisant et stabilisant. À côté d'études de cas comme celle-ci, des recherches plus importantes sont nécessaires pour mieux connaître cette entité diagnostique à part et les différents traitements possibles. Pour paraphraser Janet, ce ne sont pas des psychotiques comme les autres. Ils méritent donc un traitement spécifique.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Paris: Masson; 1996.
- [2] American Psychiatric Association (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, Paris: Elsevier-Masson; 2015.
- [3] Auxéméry Y. Névrose et psychose : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? *Ann Med Psy* 2015;173:643–8.
- [4] Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*; 1911.
- [5] Crapet M. Le concept de discordance dans la schizophrénie : est-il toujours d'intérêt en 2012 ? [Thèse de médecine]. Université de Nantes; 2012.
- [6] Daninos S. Étude d'un cas clinique : complexité diagnostique, schizophrénie ou psychose hystérique. *Psychiatr Sante Men* 2015 [<dumas-01291187>].
- [7] Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Hanna D, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:892–8.
- [8] El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, Gaillard P. Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation* 2002;3:59–73.
- [9] Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. *Evol Psychiatr* 1961;26:257–86.
- [10] Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF; 1895. p. 1956.
- [11] Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psy* 1964;120:1066–74.
- [12] International Society for the Study of Trauma Dissociation – ISSTD. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *J Trauma Dissociation* 2011;12:115–87.
- [13] Janet P. *Névroses et idées fixes*, 1. Paris: Félix Alcan; 1898.
- [14] Janet P. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *J Psychol* 1904;1:417–53.
- [15] Janet P. *Les médications psychologiques*. Paris: Félix Alcan; 1919.
- [16] Janet P. L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. Paris: A. Chahine; 1928.
- [17] Janet P. Réalisation et interprétation. *Ann Med Psychol* 1935;93:329–66.
- [18] Klufft RP. First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psy* 1987;144:293–8.
- [19] Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Men Dis* 1996;184:688–94.
- [20] Maleval JC. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot; 1981.
- [21] Moskowitz A. Association and dissociation in the historical concept of schizophrenia. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy M, editors. *Dissociation and psychosis: emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, UK: Wiley; 2008. p. 35–49.
- [22] Myers CS. *Shell shock in France, 1914–1918*. Cambridge: Cambridge University Press; 1940.
- [23] Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Men Dis* 1996;184:688–94.
- [24] Nijenhuis ERS. The trinity of trauma: ignorance, fragility and control. *Enactive Trauma Therapy*, III. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2017.
- [25] Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des troubles mentaux–CIM-10*. Paris: Masson; 1994.
- [26] Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press; 1998.
- [27] Phillips M, Frederick C. *Psychothérapie des états dissociatifs : guérir le moi divisé*. Bruxelles: Satas; 2001.
- [28] Piedfort-Marin O, Reddemann L. *Psychothérapie des traumatismes complexes : une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles: Satas; 2016.
- [29] Putnam F. *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press; 1989.
- [30] Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Quack J, Korf J, Paans AMJ, Haaksma J, et al. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biol Psy* 2006;60:730–40.
- [31] Ross CJ. *Multiple personality disorder*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
- [32] Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrénia. *Compr Psychiatry* 1990;31:111–8.
- [33] Ross CA. Dissociative schizophrenia. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy M, editors. *Dissociation and psychosis: emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, UK: Wiley; 2008. p. 281–94.
- [34] Sar V, Öztürk E. Psychotic presentations of dissociative identity disorder. In: Dell PF, O'Neil JA, editors. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond*. New York: Routledge; 2009. p. 535–45.
- [35] Shapiro F. *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*. Paris: Inter-Editions; 2006.
- [36] Schlumpf YR, Nijenhuis ERS, Chalavi S, Weder EV, Zimmermann E, Luechinger R, et al. Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: an fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage Clin* 2013;3:54–64.
- [37] Steinberg M. *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- [38] Tutkun H, Yargic LI, Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996;IX(4):244–52.
- [39] Van der Hart O, Spiegel D. Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: the early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1993;41:191–209.
- [40] Van der Hart O, Witzum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *J Traumatic Stress* 1993;6:43–64.
- [41] Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. *Le Soi hanté : la dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles: de Boeck; 2010.
- [42] Van der Hart O, Steele K, Nijenhuis ER. The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *Eur J Trauma Dissociation* 2017;1:25–35.
- [43] Watkins JG, Watkins HH. *Ego states theory and therapy*. New York: Norton; 1997.
- [44] Witzum E, Van der Hart O. Hysterical psychosis: a historical review and empirical evaluation. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy M, editors. *Dissociation and psychosis: emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, UK: Wiley; 2008. p. 21–33.

ANNEXE D



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Version française adaptée de l'Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie (EEAP/DTMI)



A French adapted version of the Dimensions of Therapeutic Movement Instrument (DTMI)

Olivier Piedfort-Marin^{a,*}, Deborah Wisler^b, Marie-Eve Piot^c, Danièle Spagnoli^d

^a Institut Romand de Psychotraumatologie–IRPT, avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Suisse

^b Therapeutic Center Les Toises, Lausanne, Suisse

^c Private practice, Lausanne, Suisse

^d Centre hospitalier universitaire vaudois, Rehabilitation Unit, Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Reçu le 23 mai 2017
 Accepté le 29 mai 2017

Mots clés :
 Trouble dissociatif
 Psychothérapie
 Évaluation
 Dissociation structurelle
 DTMI

Keywords:
 Dissociative disorder
 Psychotherapy
 Evaluation
 Structural dissociation
 DTMI

R É S U M É

Introduction. – Le DTMI (Dimensions of Therapeutic Movement Instrument ; Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP) a été développé par Klufft dans le but d'évaluer l'évolution de la psychothérapie des patients souffrant de troubles dissociatifs sévères. L'EEAP consiste en l'évaluation mensuelle de 12 dimensions, chacune avec des items descriptifs prédéfinis.

Objectif. – Traduire en français et adapter l'EEAP en prenant en considération la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

Méthode. – Rencontres mensuelles sur une période de 18 mois pour développer et tester la version adaptée de l'EEAP dans une situation clinique.

Résultats. – La version adaptée de l'EEAP a maintenant 16 dimensions et offre la possibilité de rapporter des données sur les événements stressants et le contre-transfert.

Conclusion. – Nous recommandons l'utilisation de la version adaptée de l'EEAP dans la pratique clinique et en recherche.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Introduction. – The Dimensions of Therapeutic Movement Instrument (DTMI) was developed by Klufft with the aim to assess the evolution of the psychotherapy of patients suffering from severe dissociative disorders. The DTMI consists of the monthly evaluation of 12 dimensions with pre-defined descriptive items.

Objective. – To adapt the DTMI, taking into consideration the theory of structural dissociation of the personality.

Method. – Monthly meetings over 18 months to develop and test the adapted DTMI in a clinical setting.

Results. – The adapted DTMI has now 16 dimensions and the possibility to report data on stressful events and counter-transference issues.

Conclusion. – We recommend the use of the adapted version of the DTMI in clinical setting and research.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le DTMI (Dimension of Therapeutic Movement Instrument, Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP) a été développé par Richard Klufft (1994a, b) dans le but d'évaluer

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.piedfort@gmail.com (O. Piedfort-Marin).

l'avancée de la thérapie des patients présentant des troubles dissociatifs sévères ou d'autres troubles post-traumatiques complexes, et d'étudier la trajectoire de leur traitement. L'objectif principal de Kluft était d'avoir un outil pour une utilisation clinique, permettant aux psychothérapeutes de monitorer les traitements de tels patients de manière structurée et en se basant sur des domaines prédéfinis. Les psychothérapies de patients avec un trouble dissociatif de l'identité (TDI) ou un autre trouble dissociatif ou encore un autre trouble post-traumatique sévère sont complexes et longues. Les symptômes particuliers de ces patients ainsi que leur vie souvent difficile ou chaotique font qu'il peut être très difficile pour les cliniciens de rester attentifs à tous les facteurs impliqués dans de tels traitement et à toutes les composantes d'une psychothérapie menée selon les règles de l'art et les recommandations internationales (par ex. [ISSTD, 2011](#)). Les bilans sur l'avancement des thérapies des patients souffrant de troubles dissociatifs sévères se font le plus souvent lors de supervisions. Par la création du DTMI, Kluft répondait à un besoin de structurer la supervision, non pas pour évaluer le supervisé, mais pour aider superviseur et supervisé à considérer une globalité de facteurs dans le bilan qui se fait lors d'une supervision. Cet outil s'avère aidant aussi en dehors des supervisions et permet aux cliniciens de faire des bilans mensuels très utiles, voire indispensables, du déroulement du traitement. À notre connaissance, cet outil n'a pas fait l'objet d'étude de validité.

Il nous est paru important de mettre cet outil à disposition des collègues francophones. Néanmoins, en le traduisant, nous nous sommes rendus compte que des adaptations et modifications pouvaient être utiles et enrichir le DTMI original. Après une première traduction, nous nous sommes donc réunis chaque mois sur une période de 18 mois dans le but de tester la traduction française et notre pratique du DTMI avec nos patients respectifs. Nous avons intégré une dimension supplémentaire proposée par [Hofmann, Gast, Matthess et Huber \(2004\)](#) lors de la traduction du DTMI en allemand. En outre, nous avons rajouté de nouveaux domaines qui nous paraissaient importants et utiles d'intégrer au DTMI, influencés par les travaux de [Van der Hart, Nijenhuis et Steele \(2010\)](#). Notre pratique de l'EEAP confirme l'utilité de ces adaptations. Nous présentons dans cet article l'Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie-version française modifiée (EEAP-VFM).

2. Construction du DTMI

Kluft a construit le DTMI comme un instrument que le clinicien remplit lui-même mensuellement pour ses propres patients. Le DTMI original est composé de 12 dimensions :

- alliance thérapeutique ;
- intégration ;
- capacité pour un changement adaptatif ;
- gestion des situations perturbantes de la vie ;
- responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion ;
- contrôle de la mise en danger de soi ;
- qualité des relations interpersonnelles ;
- besoin de médicaments ;
- besoin de soins hospitaliers ;
- résolution des problèmes transférentiels ;
- contacts entre les séances ;
- bien-être subjectif.

Pour chaque dimension, six items descriptifs sont proposés permettant de coter le patient sur une échelle de Lickert allant de 0 à 5 selon l'item qui décrit le mieux le patient dans le mois écoulé. Kluft conseille de ne pas partager cette évaluation avec les patients sans en donner ses raisons. Il est possible qu'il veuille ainsi éviter

que cela puisse influencer les patients. Le clinicien fait ainsi chaque mois un bilan de l'avancée du traitement en se basant sur des items prédéfinis, ce qui limite les biais. Les différents domaines évalués sont une aide précieuse aux cliniciens. [Hofmann et al. \(2004\)](#) ont rajouté la dimension « Fonction » qui évalue la capacité du patient à fonctionner dans la vie quotidienne.

3. Élaboration de la version française

Nous avons traduit la version originale sans la soumettre à une traduction inverse du français à l'anglais, la raison majeure étant l'absence de budget pour une telle dépense. Par ailleurs, il s'agit d'un outil clinique utilisé par le/la thérapeute par rapport à ses propres patients. La pratique clinique des auteurs sur 18 mois a permis d'affiner la traduction pour en arriver à la version actuelle.

Pour la dimension « Besoin de médicaments », nous nous sommes heurtés à une importante difficulté à catégoriser nos patients dans les différents items proposés par Kluft. Il est possible que des différences dans l'utilisation de médicaments psychotropes entre les États-Unis et l'Europe (en tout cas l'espace francophone européen) explique le problème que nous avons rencontré. Une évolution de l'utilisation des médicaments psychotropes depuis le début des années 1990 est une autre explication possible. Nous avons donc décidé de nous inspirer des items originaux mais en intégrant des modifications substantielles dans le but d'une application la plus aisée possible pour les cliniciens. Notre pratique confirme la meilleure clarté et utilité des items ainsi modifiés. Pour la dimension « Résolution de phénomènes transférentiels », nous avons enrichi les côtes maximale et minimale d'un exemple afin d'aider les cliniciens dans la compréhension de cette dimension.

Le DTMI original utilise une échelle de Lickert à 6 points (de 0 à 5). Néanmoins, nous avons été fréquemment confrontés à des évaluations lors desquelles le patient ne correspondait ni à un item inférieur ni à l'item directement supérieur, ce qui amenait à l'utilisation de demi-points. Il nous a donc semblé plus pratique et confortable d'utiliser une échelle à 11 points (de 0 à 10).

4. Nouvelles dimensions

Après plusieurs mois d'utilisation du DTMI dans sa forme originale traduite, nous nous sommes rendus compte que certains aspects manquaient, aspects qui nous semblent importants pour évaluer l'évolution de la thérapie de patients présentant des troubles dissociatifs sévères. Nous avons donc créé de nouvelles dimensions et leur pratique sur plus d'un an s'est avérée utile au niveau clinique. Il s'agit de deux dimensions cotées sur la même échelle de Lickert avec des items descriptifs prédéfinis (« Réalisation » et « Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances »), de la dimension « Sous-système d'action » qui permet d'indiquer les sous-systèmes d'action mis en œuvre par le patient pendant la thérapie, et des domaines « Éléments stressants » et « Éléments contre-transférentiels » pour lesquels le clinicien inscrit sur la feuille de cotation ses observations à ce sujet.

4.1. Réalisation

La réalisation est un processus central dans l'intégration des mémoires traumatiques. La réalisation comprend la personnification et la présentification ([Van der Hart et al., 2010](#)). La personnification est la capacité pour le patient à ressentir qu'il a vécu ses événements traumatiques, à « s'approprier ses expériences » ([Van der Hart et al., 2010](#), p. 200). Dans le cadre d'un trouble dissociatif, c'est le plus souvent une ou plusieurs parties dissociatives qui portent les éléments du vécu de l'événement traumatique, mais pas d'autres parties. Dans les

troubles dissociatifs « chaque partie dissociative personnifie certaines actions [d'une même expérience traumatique] et certaines expériences [traumatiques], mais considère les autres expériences, y compris une ou plusieurs autres parties de la personnalité, comme « non-moi » jusqu'à un certain point » (Van der Hart et al., 2010, p. 201). Pour arriver à une personnification optimale, le patient dissocié, dans son état adulte, c'est-à-dire en tant que partie apparemment normale de la personnalité (selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, Van der Hart et al., 2010) doit personnifier les actions et expériences dissociées qui sont portées par d'autres parties dissociatives, pour faire siennes ces expériences vécues. Le patient se développe ainsi progressivement en un système unifié intégré. La présentification « consiste à être fermement ancré dans le présent, tout en intégrant son passé, son présent et son futur » (Van der Hart et al., 2010, p. 28). La présentification fait référence à la capacité du patient à intégrer que les événements ont eu lieu dans le passé et qu'ils sont terminés, qu'il peut être et agir dans le moment présent. Le but ultime de la thérapie est atteint lorsque la personne a complètement réalisé dans son état adulte les traumatismes auxquels elle a survécu. Il s'agit d'un processus dynamique qui comportent différents degrés. Les auteurs se sont basés sur leurs expériences pour élaborer les items de cette dimension. Cela permet au clinicien de réfléchir régulièrement où se situe le patient dans ce processus long et difficile. La dimension « Réalisation » peut avoir des points de recoupement avec la dimension « Intégration ». Néanmoins, cette nouvelle dimension affine l'évaluation de processus centraux dans le traitement de ces troubles. Alors que la dimension « Intégration » cible le travail avec les parties, la dimension « Réalisation » cible le lien entre le patient dans sa partie apparemment normale de la personnalité et les traumatismes. Lorsqu'un patient avec un TDI ou un autre trouble dissociatif sévère entre dans la phase de personnification il arrive fréquemment que cela le déstabilise au niveau émotionnel, amenant à une baisse du score sur d'autres dimensions.

4.2. Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances

Le degré d'autonomie des patients dans la gestion de leurs symptômes est un important facteur d'amélioration dans le traitement des patients avec un trouble dissociatif sévère. L'utilisation de techniques variées sert cet objectif. Parmi les techniques que les patients peuvent utiliser entre les séances pour gérer leurs symptômes, il peut être utile de distinguer les techniques intégratives des techniques non intégratives (Piedfort-Marin, 2016). En effet, deux approches existent concernant la gestion des symptômes chez les patients dissociatifs. La gestion intégrative prend en considération la structure dissociative de la personnalité et la présence d'un système interne divisé, et vise l'intégration progressive des parties dissociatives. Lorsqu'on se base sur la théorie de la dissociation structurelle, on s'adresse à un système formé par la partie apparemment normale (PAN) et des parties émotionnelles (PE) (Van der Hart et al., 2010). Il faut alors prendre en considération les relations systémiques au sein de la personnalité entre toutes les parties dissociatives, et garder à l'esprit que les symptômes sont l'expression d'une ou plusieurs parties, ou d'un conflit entre deux ou plusieurs d'entre elles. Les techniques de stabilisation ciblant le système interne dans son ensemble (PAN et PEs) ont une fonction intégrative dans la mesure où elles visent à long terme l'intégration des parties dissociatives, y compris quand on n'aborde pas encore directement le travail sur les traumatismes. Des techniques intégratives pour la gestion des symptômes chez des patients dissociatifs sont proposées par exemple par Phillips et Frederick (2001), Van der Hart et al. (2010), Boon, Steele et van der Hart (2014) et Nijenhuis (2017).

La gestion non intégrative propose de gérer les symptômes du patient comme s'il s'agissait de sa propre expression maladaptée, et est basée sur l'idée d'un être humain unifié, sans tenir compte d'une division interne. Elle ne vise pas (ou pas directement) l'intégration des parties dissociatives. En présence d'une dissociation structurelle, cette seconde approche permettra la stabilisation de la seule PAN. Cela peut avoir l'avantage de renforcer les ressources de la PAN en vue d'une future confrontation aux PEs, mais cela peut avoir dans certains cas l'inconvénient de renforcer la PAN dans ses évitements des mémoires traumatiques et du contact avec les PEs. Des techniques non intégratives sont proposées par exemple par Linehan (2000), ainsi que par Ford et Russo (2006, technique de focusing SOS – *slow down, orient yourself*). Un certain nombre de patients peuvent ainsi améliorer leur état général, mais la structure dissociative reste inchangée puisque non traitée, et les symptômes peuvent réapparaître dès que le niveau d'énergie du sujet baisse, ou sous l'effet d'un stress ou de la réaction d'une mémoire traumatique.

Selon le comité d'experts de l'ISSTD (*International Society for the Study of Trauma and Dissociation*, 2011), les techniques intégratives devraient être utilisées si possible dès la phase de stabilisation et de réduction des symptômes, mais nombreux sont les patients et patientes qui évitent ces techniques tout comme ils évitent le contact avec leur monde intérieur et les parties dissociatives. Dans une évolution optimale, le traitement devrait permettre au patient d'utiliser de manière autonome entre les séances des techniques qui lui sont utiles, et de passer rapidement de l'utilisation de techniques non intégratives à celle de techniques intégratives. Cette nouvelle dimension de l'EEAP permet d'évaluer le degré auquel le patient s'implique dans l'utilisation de techniques (si possible intégratives) pour gérer ses symptômes, ainsi que son autonomie à utiliser ces techniques, des facteurs à fort impact sur l'évolution de la psychothérapie et son succès.

4.3. Systèmes d'action

Van der Hart et al. (2010) ont défini les systèmes d'action comme « des systèmes psychobiologiques qui forment la personnalité » (p. 17). Il existe deux principaux systèmes d'action comprenant des sous-systèmes d'action visant des objectifs plus spécifiques. La première catégorie permet l'approche de stimuli attirants (avec des sous-systèmes d'action favorisant principalement la vie au quotidien avec les deux grands thèmes que sont la gestion de l'énergie et des relations sociales : nutrition, sommeil, exploration, reproduction, engagement social, etc.). La seconde catégorie permet l'évitement des stimuli aversifs et de menace (gestion du danger) avec les sous-systèmes de fuite, attaque, soumission, etc.

Le traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs sévères devrait promouvoir l'utilisation de sous-systèmes d'action qui favorisent l'approche de stimuli attirants comme l'exploration, la collaboration et l'engagement social (Nijenhuis, 2015, 2017). Ces systèmes d'action permettent une meilleure évolution de la thérapie. Néanmoins, les patients avec un passé traumatique chronique tendent à utiliser dans leur quotidien, et donc en thérapie, des sous-systèmes d'action en lien avec le sentiment de menace, comme l'évitement, l'agression ou la soumission. Accéder à l'objectif élevé qu'est l'utilisation des sous-systèmes d'action de collaboration ou d'exploration peut prendre du temps. Une évaluation mensuelle des sous-systèmes d'action utilisés par le patient pendant les séances de thérapie permet de maintenir l'attention du clinicien sur cet objectif à travers les phases difficiles du traitement.

Le clinicien évaluera les deux sous-systèmes d'action les plus souvent utilisés par le patient dans le mois écoulé en les cotant ainsi :

- pour le sous-système le plus utilisé : « 1 » ;
- pour le deuxième le plus souvent utilisé : « 2 ».

Voici des exemples et commentaires pour chaque sous-système d'action :

- évitement–fuite : par exemple, éviter d'aller aux séances de thérapie, éviter de changer, éviter de pratiquer des techniques qui pourraient être aidantes ;
- soumission : par exemple, lorsque le patient obéit passivement aux conseils du thérapeute ;
- agression : par exemple, attaquer verbalement le thérapeute lorsque le patient a peur de tenter un nouveau comportement.
- attachement/pleurs d'attachement : par exemple, lorsque le patient ou une ou plusieurs parties dissociatives s'attachent au thérapeute en cherchant une compensation aux attachements perturbés du passé ;
- jeu : une certaine dose de ce sous-système d'action peut être utile, par exemple pour accepter des défis de changement présentés de manière ludique. Une dose excessive de ce sous-système peut être un signe d'évitement. Il convient d'être attentif à ce que le jeu ne soit pas une remise en scène de comportements d'évitement ou de fuite que le patient avait mis en œuvre lors des traumatismes ;
- exploration : capacité de découvrir le monde environnant, d'explorer l'inconnu. Par exemple, explorer les symptômes en cherchant à les comprendre (plutôt qu'à vouloir les banaliser ou éviter de les comprendre) ; explorer ce que les parties dissociatives veulent communiquer ; explorer le fonctionnement de nouveaux comportements ;
- engagement social/collaboration : capacité de s'engager dans une relation collaborative saine avec le thérapeute, sans besoin d'attachement excessif. Ce sous-système facilite l'exploration.

4.4. Événements stressants

Il nous semble utile de relever les événements stressants qui ont pu avoir lieu dans la vie du patient le mois écoulé. Ils peuvent expliquer en partie l'évolution du score sur un certain nombre de dimensions de l'EEAP. Il peut aussi être utile d'observer une baisse du score à l'EEAP sans que le patient n'ait dû faire face à un événement stressant, ou au contraire que des événements stressants n'ont pas eu d'impact sur le score à l'EEAP. Par ailleurs, certains événements stressants ou traumatiques que les patients peuvent vivre dans leur vie alors qu'ils sont en traitement peut avoir un impact sur le contre-transfert du thérapeute.

4.5. Contre-transfert

Le contre-transfert est une composante importante dans le traitement des patients gravement traumatisés. En outre avec les patients souffrant d'un TDI, le clinicien peut faire face à un contre-transfert multiple souvent difficile à déceler. La traumatisation vicariante, l'introjection et l'activation chez le thérapeute de ses propres mémoires traumatiques sont des problématiques contre-transférentielles pouvant amener à des difficultés ou des blocages dans le traitement. Développer plus en détail cet aspect du traitement dépasse le cadre de cet article. Nous considérons qu'il peut être utile, voire indispensable, pour tout clinicien de porter son attention sur son contre-transfert. Son observation mensuelle à l'aide de l'EEAP est un bon moyen de donner un minimum d'espace à ces questions importantes.

5. Vignettes cliniques

Nous allons présenter plusieurs vignettes cliniques afin d'illustrer l'utilité de l'EEAP. Les initiales des patientes sont fictives et certains détails de l'anamnèse ont été modifiés pour garantir l'anonymat.

Mme A. est une patiente de 30 ans, atteinte d'un autre trouble dissociatif spécifié (anciennement trouble dissociatif non spécifié) selon le DSM-5 (APA, 2015), d'un trouble de personnalité et d'une intelligence limite suite à des problèmes neurologiques à la naissance. Elle a vécu des violences sexuelles intra-familiales sur une longue période avant d'être placée en foyer où elle a vécu d'autres violences. Elle a aussi été violée à plusieurs reprises à l'âge adulte de la part d'inconnus. Ses troubles d'attachement sont sévères et ses capacités intellectuelles limitées, ce qui rend la psychothérapie difficile et à bas seuil. La patiente demande sans cesse des rassurances inadéquates à sa thérapeute qui peut recevoir plusieurs téléphones par jour dans les périodes de crises. La feuille de cotation à l'EEAP de Madame A. (Fig. 1) met en évidence que la thérapie se situe dans la phase de stabilisation, comme le montre aussi le score très bas du domaine « Intégration ». L'« Alliance thérapeutique » est certes assez bonne mais le score très bas à la « Résolution des phénomènes transférentiels » illustre les troubles de l'attachement. Les « Contacts entre les séances » démontrent néanmoins une amélioration de la relation thérapeutique par rapport aux années précédentes. On observe tout de même une bonne stabilité dans les « Besoins de médicaments » et les « Besoins de soins hospitaliers ». Les scores bas aux domaines « Gestion des situations perturbantes de la vie », « Bien-être subjectif » et « Fonction » démontrent le faible niveau de fonctionnement général de cette patiente. Les scores aux domaines « Capacités pour un changement adaptatif » et « Utilisation des techniques hors séances » montrent que la patiente n'a pas encore atteint un niveau suffisant d'autonomisation et de mise en œuvre au quotidien de l'apport de la thérapie. Madame A. utilise principalement le sous-système d'action « Attachement » pendant la thérapie, ce qui correspond bien à son trouble de l'attachement sévère. Mais la patiente peut se montrer revendicatrice et agressive, par exemple lorsque la thérapeute prend des vacances à Noël, période qui réactive des situations familiales traumatiques.

La cotation de l'EEAP sur une période d'une année illustre que cette patiente est dans la phase de stabilisation du traitement. La relation thérapeutique doit encore progresser, ainsi que l'autonomisation de la patiente. La cotation régulière de l'EEAP a parfois découragé sa thérapeute parce que cela mettait au clair le niveau de fonctionnement particulièrement bas de Mme A., quand bien même la thérapeute en était consciente. La cotation mensuelle a néanmoins permis à la thérapeute de garder le cap sur les objectifs thérapeutiques qui amenaient des progrès : le travail avec les parties dissociatives et l'autonomisation de la patiente.

Madame B. est une femme de 50 ans souffrant d'une autre trouble dissociatif spécifié (anciennement trouble dissociatif non spécifié) et d'abus de substances sévère. Les consommations régulières de substances servent à une régulation mal adaptée de symptômes post-traumatiques et dissociatifs. Dès son jeune âge, elle vécut des maltraitances physiques et psychologiques sévères de la part de sa mère atteinte de troubles psychiatriques sévères, ainsi que de maltraitances psychologiques de la part de son père. Violée à plusieurs reprises à l'adolescence par un voisin, elle fut renvoyée du foyer familial et vécut dans la rue avant d'intégrer un programme d'aide sociale. La Fig. 2 présente les scores à l'EEAP de Madame B. On remarque qu'elle est dans la phase de stabilisation et présente une fragilité certaine, comme en témoignent les scores assez bas aux domaines « Bien-être subjectif », « Fonction », et le score moyen au domaine « Gestion des situations perturbantes de la vie ». Le score nul sur toute l'année au domaine « Intégration » confirme que la

NOM : Madame A.		Année : 2016											
DIMENSIONS	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Alliance thérapeutique	6	6	6	6	7	6	6	7	8	7	6	6	
2. Intégration	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	
3. Capacité pour un changement adaptatif	3	3	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	
4. Gestion des situations perturbantes de la vie	1	2	2	3	3	2	4	4	5	4	4	2	
5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion	2	2	2	3	4	2	3	3	3	4	4	2	
6. Contrôle de la mise en danger de soi	6	7	7	7	6	4	8	6	8	8	6	4	
7. Qualité des relations interpersonnelles	4	4	5	6	6	4	6	5	6	6	5	5	
8. Besoin de médicaments	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
9. Besoin de soins hospitaliers	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
10. Résolution des phénomènes transférentiels	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11. Contacts entre les séances	5	7	8	8	7	7	8	7	8	7	6	5	
12. Bien-être subjectif	1	1	2	2	1	0	1	1	3	3	5	3	
13. Fonction	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	
14. Réalisation	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	
15. Utilisation techniques hors séances	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
SCORE TOTAL	53	57	62	67	66	56	70	65	74	72	70	57	
MOYENNE	3.5	3.	4.	4.	4.	3.	4.	4.	4.	4.	4.7	3.8	
16. Sous-système d'action													
Evitement-fuite	2		2	2	2			2					
Soumission		2					2		2	2			
Agression						2					2	2	
Attachement	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Jeu													
Exploration													
Engagement social / collaboration													
Événements stressants		Difficultés amoureuses	Tensions familiales importantes			Rupture sentimentale		Changement medication		Nouvelle rencontre	Rupture relation avec mère	Vacances du thérapeute	
Éléments contre-transférentiels												Sentiment d'intrusion, agacement	
Sur toute l'année : sentiment de collaboration saine ponctuée de périodes de désespoir face à la fragilité de la patiente.													

Fig. 1. Cotation EEAP de Mme A.

patient est loin de pouvoir entamer la phase d'intégration des parties dissociatives, quand bien même elle a atteint une certaine réalisation cognitive de ses traumatismes (domaine « Réalisation »). Les scores élevés aux domaines « Alliance thérapeutique », « Résolution des problèmes transférentiels » et « Contacts entre les séances » démontrent une relation de travail bonne et stable entre la thérapeute et la patiente. Le score moyen pour la « Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion » associé à un score bas à

l'« Utilisation des techniques hors séances » et à des sous-systèmes d'action changeants sont concordants avec l'instabilité émotionnelle de la patiente et les nombreux symptômes dissociatifs pour lesquels elle n'a pas encore atteint un degré de contrôle satisfaisant. Sur l'année on observe une tendance du score total : amélioration jusqu'en août puis péjoration menant à une hospitalisation en décembre.

La cotation à l'EEAP a permis à la thérapeute de mieux se concentrer sur des objectifs permettant d'œuvrer vers plus de

NOM : Madame B.		Année : 2016											
DIMENSIONS	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Alliance thérapeutique	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
2. Intégration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. Capacité pour un changement adaptatif	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
4. Gestion des situations perturbantes de la vie	6	4	4	6	4	6	6	6	4	5	4	4	
5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	
6. Contrôle de la mise en danger de soi	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	4	
7. Qualité des relations interpersonnelles	5	6	6	6	7	8	8	8	8	8	8	7	
8. Besoin de médicaments	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
9. Besoin de soins hospitaliers	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	
10. Résolution des phénomènes transférentiels	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
11. Contacts entre les séances	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
12. Bien-être subjectif	4	2	2	4	6	4	5	5	2	2	2	1	
13. Fonction	3	2	2	3	3	3	4	4	3	4	3	3	
14. Réalisation	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
15. Utilisation techniques hors séances	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	
SCORE TOTAL	84	78	79	82	83	83	87	87	79	82	77	73	
MOYENNE	5.6	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.1	4.9	
16. Sous-système d'action													
Évitement-fuite		2	1	1							1	1	
Soumission					1	2				2	2		
Agression												2	
Attachement													
Jeu													
Exploration	1	1	2				1	1	2				
Engagement social / collaboration	2			2	2	1	2	2	1	1			
Événements stressants					Problèmes de santé avec examens médicaux	Problèmes de santé avec examens médicaux					Problèmes relationnels et avec l'assurance invalidité	Non-reconnaissance par le père des	
Eléments contre-transférentiels												Évitement et agacement	
Sur toute l'année : sentiment de collaboration positive.													

Fig. 2. Cotation EEAP de Mme B.

après des années de thérapies diverses pour des troubles psychiques variés. Madame C. se trouve actuellement en pleine phase d'intégration des parties dissociatives et des traumatismes, comme en témoignent les scores aux domaines « Intégration » et « Réalisation ». Ce travail difficile est possible parce que le TPB est en rémission, comme en témoignent les scores élevés aux domaines « Alliance thérapeutique », « Résolution des phénomènes transférentiels » et les sous-systèmes d'action utilisés (exploration et collaboration). Néanmoins, on observe une réactivation de traits borderline et une péjoration en particulier sur ces domaines (cotations marquées en rouge sur la Fig. 3) lorsque le thérapeute lui annonce les congés au mois de septembre de ses deux thérapeutes en même temps. Le travail sur l'intégration des traumatismes et des parties dissociatives d'avère difficile, comme en témoignent les scores assez bas aux domaines « Bien-être subjectif », « Gestion des situations perturbantes de la vie » et « Fonction ». On observe qu'au mois de juin, alors que le travail d'intégration cible une situation de violence sexuelle vécue à l'âge de 2 ans, le thérapeute est pris par un sentiment de désarroi (ce qui modifie son contact avec la patiente) et parallèlement la patiente change de système d'action pour exprimer soudainement de l'agression face au thérapeute et à la thérapie. Ces réactions contre-transférentielles et transférentielles s'influencent mutuellement. Lorsque le thérapeute en prit conscience et exprima en séance ses sentiments de désarroi et d'horreur, la patiente se calma et reprisa une attitude d'exploration et de collaboration, comme l'illustre les cotations du mois de juillet. Ce travail d'intégration est possible ou facilité parce que la patiente présente un bon degré d'autonomie comme en témoignent les scores élevés aux domaines « Alliance thérapeutique », « Contrôle de la mise en danger de soi », « Contacts entre les séances » et « Utilisation des techniques hors séances ».

La cotation de l'EEAP a permis au thérapeute d'être attentif à ce que la patiente ne s'épuise pas trop pendant cette phase difficile et douloureuse d'intégration des traumatismes, et d'ajuster le traitement lorsque nécessaire.

6. Conclusion

Au terme de rencontres mensuelles sur un an et demi, nous nous sommes intéressés à la pratique du DTMI. Nos réflexions et nos pratiques sur cet outil nous ont amené à le modifier, influencés par la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et l'enseignement de Ellert Nijenhuis. Nous proposons donc l'EEAP dans une version française adaptée, version qui a montré une excellente satisfaction dans notre pratique clinique, deux ans après la fin de notre travail d'adaptation.

Nous recommandons vivement l'utilisation de l'EEAP aux cliniciens travaillant avec des patients souffrants de TDI, d'autres troubles dissociatifs sévères et dans certains cas de troubles post-traumatiques complexes. L'évaluation mensuelle que permet la cotation de l'EEAP permet au clinicien de faire un bilan de l'avancement du traitement, et de ses différentes composantes. Elle permet au clinicien de porter son attention sur les points principaux à prendre en considération dans le traitement de tels patients. Mis à part les domaines « Réalisation », « Systèmes d'action », clairement ajustés à la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart et al., 2010), l'EEAP peut s'utiliser indépendamment de l'orientation thérapeutique du clinicien et des techniques utilisées. Il s'inscrit néanmoins clairement dans le cadre des recommandations thérapeutiques internationales (ISSTD, 2011).

L'EEAP permet d'évaluer l'état général du patient par les dimensions « Bien-être subjectif », « Fonction », ou encore « Besoin de médicaments » et « Besoin de soins hospitaliers ». Mais l'EEAP permet aussi d'évaluer des processus sous-jacents à l'évolution du traitement : « Alliance thérapeutique », « Intégration »,

« Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion », « Utilisation des techniques en dehors des séances » ou encore « Systèmes d'action ».

Cet outil peut être utile lorsque des assurances demandent un rapport circonstancié sur l'évolution du traitement en cours. Dans ces traitements longs, complexes et difficiles, l'EEAP peut permettre d'objectiver l'évolution du traitement à des fins asséurologiques.

Brand et al. (2009) ont développé un outil d'évaluation avec des objectifs communs à l'EEAP, le Progress in Treatment Questionnaire (PITQ), qui évalue le progrès du traitement des patients ayant un trouble dissociatif. Il est fait de deux questionnaires : le questionnaire du patient est rempli par le patient sur la base de son évaluation subjective de la semaine écoulée ; le questionnaire du thérapeute est coté sur la base des 6 mois écoulés. Le questionnaire pour le thérapeute est fait d'affirmations comme par exemple « Le patient s'engage dans des comportements auto-dommageables (par ex. se couper, se brûler) ou des tentatives de suicides ». Le thérapeute cote ces affirmations de 0% (jamais) à 100% (toujours). Le questionnaire pour le patient est fait d'affirmations comme par exemple « je sais que les traumatismes que j'ai vécus n'étaient pas de ma faute ». Le patient les cote de 0% (jamais vrai) à 100% (toujours vrai). Cet outil est basé sur les recommandations de traitement de l'ISSTD (2011). Nous pensons que son utilisation suit des buts différents que ceux de l'EEAP quand bien même les domaines évalués sont similaires. L'utilisation du PITQ suit davantage une démarche de recherche et il a d'ailleurs été fait expressément pour l'étude naturaliste réalisée par Brand et al. (2009) sur 280 patients souffrant de troubles dissociatifs. Le PITQ permet de coter le patient à un moment donné et de comparer l'évaluation faite par le patient et celle faite par le thérapeute. Par ailleurs quand bien même le PITQ a une bonne validité (Cronbach alpha .94), l'évaluation des items peut être très subjective, voire même aléatoire d'un thérapeute à un autre. Avec ses items pré-définis, la cotation de l'EEAP laisse selon nous moins de place à l'interprétation et les différences individuelles entre thérapeutes sont ainsi plus faibles. Par ailleurs, l'EEAP a un clair atout dans l'observation des trajectoires des traitements des patients. L'étude des trajectoires de ces traitements longs et complexes doit faire l'objet de recherches plus poussées pour mieux comprendre les différents types de trajectoire et les mettre en lien avec les différents types de trouble dissociatif.

Par contre, il nous semble qu'une étude de validité de l'EEAP s'avère difficile. En effet pour un patient donné, l'EEAP ne peut être utilisée que par le thérapeute du patient en question. C'est là sans doute la principale limite de cet outil. Bien sûr un entraînement de groupe à son utilisation peut s'avérer utile pour clarifier les doutes que l'on peut avoir lorsque l'on commence à utiliser cet outil.

L'EEAP est à disposition des chercheurs dans ce domaine en pleine expansion qu'est l'étude des troubles dissociatifs. Son utilisation à grande échelle et sur le long terme pourrait permettre de comprendre les trajectoires des patients et patientes souffrant d'un TDI, par exemple sous la forme d'une étude naturaliste qualitative, en l'associant aux outils d'évaluation psychiatriques standards et aux outils spécifiques à la dissociation et au traumatisme. Il s'agirait alors d'une recherche d'envergure. L'EEAP est donc un apport nécessaire tant pour les cliniciens que pour les chercheurs francophones dans le champ des troubles dissociatifs complexes.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe 1. Échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP – pour les personnes souffrant de trouble dissociatif complexe ou de trauma complexe

Dimensions 1 à 12 : DTMI, Richard Kluff, 1994 ;

Dimension 13 : TES, Hofmann, Gast, Matthess & Huber, 2003.

Traduction, adaptation de la dimension 8 et autres dimensions : Piedfort-Marin, Wisler, Piot & Spagnoli, 2017.

Consignes :

L'EEAP (DTMI : Dimension of Therapeutic Movement Instrument) permet d'évaluer l'avancée de la thérapie, pas tant au niveau de l'évolution de l'état de santé de la patiente, mais plus au niveau du développement des processus en œuvre dans la thérapie des patients souffrant d'un trouble dissociatif complexe.

L'échelle de Lickert de 0 à 5 a été modifiée pour une échelle de 0 à 10. Cela permet une plus grande variabilité et cela laisse l'évaluateur plus à l'aise dans la cotation. Nous avons fait l'expérience que l'utilisation des demi-points s'avérait fréquente avec une échelle de 0 à 5. L'échelle de 0 à 10 est plus pratique.

Nous recommandons de commencer à partir de la cote du mois précédant et d'évaluer s'il y a eu amélioration ou péjoration sur le domaine donné. Néanmoins il est utile de garder en tête l'ensemble du domaine.

Kluff recommande de ne pas partager cette évaluation avec les patients.

1. Alliance thérapeutique

10. Le patient admet de manière consistante la réalité de sa vie intérieure et extérieure. Il autorise l'accès à toutes ses parties ou états du moi et travaille sur tous les thèmes nécessaires, même lorsque c'est douloureux, au moins dans 80% des séances. Le patient suit les objectifs du contrat thérapeutique.

8. Le patient admet en général la réalité de sa vie intérieure et extérieure. Il autorise l'accès à la plupart de ses parties ou états du moi, ou à toutes avec résistance, et travaille sur la plupart des thèmes nécessaires, même lorsque c'est douloureux, au moins dans 60% des séances. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont rares et mineurs.

6. Le patient nie la réalité de sa vie intérieure et extérieure dans plus de 25% des séances. Il travaille sur certains thèmes mais évite certains thèmes nécessaires, et il évite le travail thérapeutique dans de nombreuses séances. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont soit fréquents soit occasionnellement modérés à sévères.

4. Le patient nie fréquemment la réalité de sa vie extérieure et intérieure. Il refuse l'accès à de nombreuses parties et évite d'aborder des thématiques cruciales. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont significatifs et/ou assez fréquents.

2. Le déni du patient est fréquent et intense. L'accès aux parties se fait de manière intermittente et imprévisible. Le patient refuse fréquemment de faire face à d'importantes thématiques pour des périodes importantes. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont sévères et continus.

0. Statut quo thérapeutique général dû aux manifestations importantes des problèmes énumérés ci-dessus.

2. Intégration

10. Le patient atteint l'intégration finale ou y travaille. Il est en train d'intégrer plus de 25% des parties restantes connues, ou 2 parties ou plus ayant un rôle important dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties.

8. Le patient est en train d'intégrer plus de 10% mais moins de 25% des parties restantes connues, ou il est en train d'intégrer une partie qui joue un rôle majeur dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties.

6. Le patient est en train d'intégrer plus qu'une mais moins de 10% des parties restantes connues, ou une partie qui joue un rôle majeur dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 8, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

4. Le patient est en train d'intégrer une partie. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 6, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

2. Le patient n'intègre aucune partie. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 4, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

0. Le patient n'intègre aucune partie et forme de nouvelles parties et/ou réactive des parties précédemment intégrées.

3. Capacité pour un changement adaptatif

10. Le patient est capable d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives et les met en pratique avec facilité.

8. Le patient est capable d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives et les met en pratique mais avec difficulté et au prix d'un effort considérable.

6. Le patient peut apprendre un petit nombre de stratégies adaptatives et peut atteindre progressivement un certain degré de succès en les mettant en pratique.

4. Le patient peut faire un usage minime de la plupart des stratégies adaptatives nouvelles qu'on lui aura proposées, mais occasionnellement il peut employer l'une ou l'autre stratégie avec un succès modéré.

2. Le patient n'est pas capable d'utiliser de nouvelles stratégies adaptatives.

0. Le patient s'oppose activement et avec succès aux efforts entrepris pour lui transmettre de nouvelles stratégies adaptatives.

4. Gestion des situations perturbantes de la vie

10. Le patient fait face à des situations perturbantes sans régression, rechute, switch (changement d'une partie à une autre) dysfonctionnel, activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ni symptômes post-traumatiques intrusifs.

8. Le patient gère bien les situations perturbantes en général, mais a des épisodes occasionnels de régression passagère, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.

6. Le patient gère les situations perturbantes avec un niveau modéré de succès, mais a fait l'expérience de plusieurs épisodes ou d'épisodes sévères de régression, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.

4. Le patient gère les situations perturbantes avec un niveau de succès inconsistant et souvent problématique, et a eu des épisodes nombreux ou sévères de régression, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.

2. Le patient a un succès minime dans la gestion des situations perturbantes, et répond habituellement par une régression, une rechute, un ou des switchs dysfonctionnels, l'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou des symptômes post-traumatiques intrusifs.

0. De manière prévisible, le patient fait face aux situations perturbantes par une régression, une rechute, un ou des switchs dysfonctionnels, l'activation de perceptions du passé confondues avec le présent. Les symptômes post-traumatiques intrusifs prédominent.

5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion

10. Les parties dissociatives coopèrent volontairement en ne s'engageant dans aucun comportement contre-productif. Elles peuvent donner leur accord pour cela.

8. Les parties coopèrent en ne s'engageant dans aucun comportement contre-productif, mais ce n'est pas fait librement et c'est dû en grande partie par l'insistance active du thérapeute pour arriver à un tel contrôle et une telle limitation. Elles peuvent arriver à donner leur accord à cela mais certaines parties expriment leur réticence.

6. La plupart des parties sont coopérantes mais une ou plus refuse(nt) occasionnellement de donner son/leur accord ou est/sont déterminée(s) à agir de manière irresponsable.

4. Plusieurs parties refusent de donner leur accord ou sont déterminées à agir de manière irresponsable ; ou bien une partie a des comportements perturbateurs majeurs.

2. Les parties refusent de donner leur accord ou sont déterminées à agir de manière irresponsable ; ou bien plusieurs parties ont des comportements perturbateurs majeurs.

0. Beaucoup de parties agissent de manière impulsive sans considération de la personne entière. La conclusion d'un accord est refusée ou niée.

6. Contrôle de la mise en danger de soi (y compris abus de médicaments et de substances)

10. Aucun incident ou pulsion de se faire du mal.

8. Aucun comportement auto-agressif, mais le patient sent parfois une pression de se faire du mal.

6. Un épisode d'auto-agression d'intensité moyenne ou pulsions récurrentes sévères de se faire du mal.

4. Deux incidents d'auto-agression, une tentative de suicide, ou une hospitalisation afin d'éviter de tels épisodes.

2. Trois incidents ou plus d'automutilation, deux ou plus tentatives de suicide, ou deux ou plus hospitalisations pour prévenir de tels épisodes

0. Comportements auto-agressifs chroniques récurrents, et sévères, ou des hospitalisations pour les prévenir.

7. Qualité des relations interpersonnelles

10. Le patient maintient et/ou développe des relations saines et évite des relations qui portent atteinte à la thérapie.

8. Le patient a quelques succès en tentant de maintenir ou de développer des relations saines, et d'éviter les relations qui portent atteinte à la thérapie. Cependant il/elle a des difficultés dans la sélection de compagnes/compagnons et/ou il/elle a des difficultés de se couper d'anciennes relations problématiques.

6. Le patient fait des efforts pour changer et commence à développer des relations nouvelles et positives, mais principalement il conserve des relations pathologiques. Ou vice-versa. Il peut y avoir quelques problèmes dans l'évaluation de nouvelles relations. Il peut y avoir de l'évitement et/ou un retrait.

4. Le patient est incapable de changer ses schémas relationnels de manière positive, mais se développe dans le sens d'un desserrement de liens dysfonctionnels, ou vice-versa.

2. Le patient est résistant, non intéressé à changer, ou est terrifié par la perspective de changer ses relations.

0. Le patient est oppositional, en retrait massif, et/ou conserve et développe seulement des relations pathologiques.

8. Besoin de médicaments

10. En règle générale le patient n'a besoin d'aucune médication ayant une action de fond (comme des antidépresseurs), mais peut avoir besoin d'une médication spécifique pour atténuer certains symptômes passagers, comme p.ex. des problèmes de sommeil ou une anxiété légère.

8. En règle générale le patient pourrait peut-être se passer d'une médication ayant une action de fond (comme des antidépresseurs), mais patient et médecin conviennent de limiter les risques en

maintenant cette médication. Par ailleurs le patient peut nécessiter une médication spécifique pour atténuer certains symptômes passagers.

6. Le patient a besoin d'une médication ayant une action de fond pour des symptômes cibles associés à son trouble dissociatif ou trauma complexe. Le patient peut également nécessiter une médication spécifique pour atténuer certains symptômes récurrents passagers comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil. Ou bien, le patient a cessé de lui-même et sans avis médical sa médication de fond (comme des antidépresseurs), sans que l'on remarque une péjoration générale, et n'accepte qu'une médication ciblant certains symptômes (comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil).

4. Le patient a besoin d'une médication régulière mais d'intensité moindre qu'à la cote 2. Le patient n'a besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière que pour gérer une aggravation passagère (au maximum 1 semaine) ou occasionnelle, et il se réfère toujours aux conseils de son médecin pour l'ajustement de la médication. Ou bien : le patient a cessé ou refuse une médication de fond (comme des antidépresseurs) et on remarque une légère péjoration générale, et il n'accepte qu'une médication ciblant certains symptômes (comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil).

2. Le patient a besoin d'une médication régulière et conséquente pour gérer de nombreux et divers symptômes associés au trauma complexe ou au trouble dissociatif. Le patient n'a besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière que pour gérer une aggravation passagère (au maximum 1 mois). Ou bien : le patient a régulièrement besoin de médication supplémentaire à la médication régulière, pour gérer des symptômes devenus hors contrôle. Le patient prend contact avec son médecin traitant pour ajuster le dosage et/ou la médication, ou se réfère aux conseils de son médecin pour la médication en réserve.

0. Le patient a besoin d'une médication régulière et conséquente pour gérer de nombreux et divers symptômes associés au trauma complexe ou au trouble dissociatif, comme des antidépresseurs, des neuroleptiques, des anxiolytiques et des somnifères. Par ailleurs le patient a régulièrement besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière, pour gérer des symptômes devenus hors contrôle. Le patient décide lui-même de cette médication supplémentaire sans en référer à son médecin traitant, ce qui engendre ou pourrait engendrer un surdosage ou d'autres problèmes.

9. Besoin de soins hospitaliers

10. La question d'hospitaliser le patient n'apparaît pas.

8. Le patient n'a pas besoin d'être hospitalisé, mais la question doit être prise en considération au moins une fois.

6. Le patient doit être hospitalisé au moins une fois, et est coopératif à cet égard.

4. Le patient, soit doit être hospitalisé plus d'une fois, soit doit être hospitalisé contre sa volonté.

2. Hospitalisation de plus d'un mois.

0. Le patient épuise ses ressources et/ou doit être transféré dans une institution de traitement à long terme.

10. Résolution des phénomènes transférentiels (tenir compte du transfert multiple)

10. Le patient écoute et travaille avec le matériel transférentiel de manière productive, et il initie l'exploration du transfert. (Exemple : une patiente dit tranquillement au thérapeute que lors de la dernière séance elle a ressenti une colère intérieure contre lui suite à son intervention sur les excès de médicaments, intervention que la patiente a trouvé injuste ; la patiente dit qu'elle a compris que la remarque du thérapeute était justifiée mais que cela a activé une partie dissociative qui a de la colère contre son père qui était régulièrement injuste avec elle).

8. Le patient écoute et travaille avec le matériel transférentiel de manière productive, mais n'initie pas l'exploration du transfert.

6. Le patient est réticent à explorer les nombreux phénomènes transférentiels et peut contester des interprétations allant dans ce sens.

4. Le patient peut explorer quelques thématiques transférentielles avec réticence, mais insiste que d'autres éléments transférentiels représentent de vraies perceptions. Il/elle peut agir sur la base de ses thématiques transférentielles de manière modérée. Cependant il/elle ne prend pas de décision ou n'exerce pas d'action majeure sur la base de ses thématiques transférentielles.

2. Le patient discute quelque peu le transfert, mais habituellement il ne semble pas voir sa qualité « comme si ». Il peut agir de nombreuses manières sur la base de perceptions transférentielles erronées dont certaines sont sévères.

0. Le patient confond régulièrement le transfert avec la réalité actuelle et agit sur la base de telles perceptions erronées. (Exemple en opposition avec l'exemple de la cote 10 : alors que le thérapeute fait calmement remarquer à une patiente que ses excès de médicaments sont un problème central sur lequel il faut réfléchir en vue d'une solution, celle-ci l'agresse verbalement en lui reprochant d'être injuste avec elle et de ne rien comprendre à ses problèmes.)

11. Contacts entre les séances

10. Le patient n'a pas eu de contact entre les séances.

8. De l'avis du thérapeute, le patient n'a pas eu de contact inapproprié entre les séances.

6. Le patient a eu un contact inapproprié entre les séances.

4. Le patient a eu plusieurs contacts inappropriés entre les séances. Un rappel des consignes a été nécessaire.

2. Le patient a été extrêmement intrusif par ses contacts inappropriés entre les séances. Cela a rendu nécessaire un rappel des consignes et une mise en place modérée de limites.

0. Le comportement du patient entre les séances a nécessité des interventions très affirmées et/ou répétitives et des rappels de consignes de la part du thérapeute.

12. Bien-être subjectif

On demande au patient d'évaluer son sentiment subjectif de bien-être pour toutes les parties dissociatives pour le mois écoulé, et de décrire ce que représentent pour lui les états de bien-être, bon, mauvais et intermédiaire, se référant aux propositions suivantes. On ne propose pas au patient ces phrases afin qu'il choisisse parmi elles.

10. Habituellement je me sens bien la plupart des jours, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.

8. La plupart de mes journées sont plus bonnes ou neutres que mauvaises, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.

6. A peu près la moitié de mes journées sont bonnes ou neutres, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.

4. Certaines de mes journées sont bonnes ou neutres.

2. J'ai rarement une journée bonne ou neutre.

0. Je n'ai aucune journée bonne ou neutre dans le mois écoulé.

13. Fonction

10. Le patient fonctionne de manière compétente dans tous les domaines importants de la vie sans efforts exagérés ni perturbations.

8. Le patient fonctionne de manière compétente dans tous les domaines importants de la vie, néanmoins au prix d'un gros effort et/ou de perturbations significatives.

6. Le patient fonctionne de manière compétente dans la plupart des domaines importants de la vie, néanmoins au prix d'efforts et de perturbations significatifs.

4. Le patient fonctionne de manière compétente dans quelques domaines importants de la vie, mais a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans de nombreux domaines importants de la vie.

2. Le patient fonctionne de manière compétente dans peu de domaines importants de la vie, mais a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans la plupart des domaines importants de la vie.

0. Le patient a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans presque tous les domaines importants de la vie.

14. Réalisation

10. Réalisation pleine (présentification et personnification) de traumatismes connus et de la souffrance associée.

8. Personnification sans présentification de plusieurs traumatismes (personnification par la partie adulte de la souffrance, sans réalisation totale que cela appartient au passé). Et/ou : Réalisation pleine dans le mois écoulé de 1 à 2 traumatismes.

6. Contact régulier avec les émotions principales associées à plusieurs traumatismes.

4. Reconnaissance d'être victime principalement à un niveau cognitif et avec un contact minime avec les émotions associées à un ou plusieurs traumatismes connus.

2. Connaissance de traumatismes mais non-reconnaissance d'être victime.

0. Aucune réalisation. Amnésie supposée ou prouvée de traumatismes.

15. Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances

10. Le patient utilise quotidiennement des techniques favorisant l'intégration. Il utilise aussi ces techniques lors de symptômes aigus.

8. Le patient utilise quotidiennement des techniques favorisant l'intégration. Il ne peut par contre pas les utiliser lors de symptômes aigus.

6. Le patient utilise plusieurs fois par semaine des techniques pour gérer ses symptômes. Les techniques intégratives prédominent sur les techniques non-intégratives.

4. Le patient utilise plusieurs fois par semaine des techniques pour gérer ses symptômes. Il privilégie néanmoins les techniques non-intégratives.

2. Le patient utilise parfois des techniques non-intégratives pour gérer certains symptômes.

0. Le patient n'utilise aucune technique spécifique en dehors des séances et ne cherche pas à gérer par lui-même ses symptômes dissociatifs.

16. Sous-systèmes d'action

Noter par « 1 » et « 2 » les deux principaux systèmes d'action à l'œuvre pendant les séances de psychothérapie.

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------------------------|
| - Evitement-Fuite | - Attachement | - Exploration |
| - Soumission | - Jeu | - Engagement social/collaboration |
| - Aggression | | |

Références

- American Psychiatric Association (APA) (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e ed.). Paris: Elsevier-Masson.
- Boon, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique : exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. Bruxelles: De Boeck.
- Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 1, 153–171.
- Hofmann, A., Gast, U., Matthes, H., & Huber, M. (2004). *Therapie Einschätzungs Skala TES*. (nach R.P. Kluft: DTMI – Dimensions of Therapeutic Movement Instrument). In L. Reddemann, A. Hofmann, & U. Gast (Eds.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (pp. 181–187). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). A trauma-focused, présent-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction: Target. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 335–355.
- International Society for the Study of Trauma Dissociation (ISSTD) (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 115–187.
- Kluft, R. P. (1994a). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*, 7(1), 63–76.
- Kluft, R. P. (1994b). Clinical observations on the use of the CSDS dimensions of therapeutic movement instrument (DTMI). *Dissociation*, 7(4), 272–283.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène (Œuvre originale publiée en 1993).
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control. Volume III, enactive trauma therapy*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Phillips, M., & Frederick, C. (2001). *Psychothérapie des états dissociatifs : guérir le moi divisé*. Bruxelles: SATAS.
- Piedfort-Marin, O. (2016). Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique : interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives. *Revue française de Clinique Comportementale et Cognitive*, 21(2), 4–21.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté*. Bruxelles: De Boeck (Œuvre originale publiée en 2006).

ANNEXE E

Gestion des symptômes dissociatifs d'origine traumatique: Interventions thérapeutiques intégratives versus non-intégratives

Coping with trauma related dissociative symptoms : integrative versus non-integrative therapeutic interventions

Olivier PIEDFORT-MARIN¹

¹Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Suisse.

Résumé

Les patients atteints de Trouble dissociatif de l'identité ou d'autres troubles dissociatifs complexes présentent souvent en séances des symptômes dissociatifs très perturbants. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité facilite la conceptualisation des symptômes dissociatifs d'origine traumatique, guidant ainsi le choix des interventions psychothérapeutiques. Ces symptômes dissociatifs d'origine traumatique peuvent être somatoformes ou psychoformes, positifs ou négatifs. Cet article propose une liste d'interventions possibles pour gérer ces symptômes lors des séances de psychothérapie, en catégorisant ces interventions selon leur valeur intégrative versus non-intégrative. Les interventions non-intégratives se basent sur l'idée d'un être humain unifié alors que les interventions intégratives tiennent compte de la dissociation structurelle de la personnalité et ciblent le travail d'intégration nécessaire. Ces moyens de gestion peuvent également être utilisés par les patients en dehors des séances, leur donnant ainsi plus d'autonomie face à leur maladie.

Mots-clés : Trouble dissociatif ; Dissociation ; Psychothérapie.

Abstract

Patients suffering from Dissociative Identity Disorder or other complex dissociative disorders often have disturbing dissociative symptoms during therapy sessions. The theory of structural dissociation of the personality allows for a better conceptualization of the dissociative symptoms, therefore guiding the choice of psychotherapeutic interventions.

These trauma-related dissociative symptoms can be either somatoform or psychoform, positive or negative. This article proposes a list of possible interventions to cope with these symptoms when they occur during therapy sessions, by categorizing the interventions according to their integrative versus non-integrative value. Non-integrative interventions are based on the idea of a unified human being, while integrative interventions take into account the structural dissociation of the personality and target the necessary work of integration. These coping tools can also be used by patients in between therapy sessions, giving them more autonomy in dealing with their disorder.

Key words : Dissociative disorder ; Dissociation ; Psychotherapy.

-Cet article est protégé par un copyright jusqu'en 2021-

Introduction

Le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) est caractérisé par la présence de « deux ou plusieurs états de personnalité distincts » (DSM-5 ; American Psychiatric Association [APA], 2015). L'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (ATDS-1) (auparavant nommé Trouble dissociatif non-spécifié de type 1 dans le DSM-IV, 1994) présente des états de personnalité moins formés ou moins autonomes. Le traitement de ces troubles dissociatifs complexes est souvent long et difficile. De par leur sévérité et leur complexité, les symptômes des patients souffrant d'un tel trouble sont un défi pour le psychothérapeute même chevronné. Il existe un consensus au sein des spécialistes (International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011 ; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010) pour affirmer que l'existence de plusieurs identités ou états de personnalité distincts est d'origine traumatique et réside dans un manque d'intégration. Le but ultime de la psychothérapie devrait donc être d'atteindre l'intégration de ces états de personnalité. Selon un large consensus international il est conseillé que le traitement des personnes souffrant de séquelles de traumatismes soit réalisé en trois phases (ISSTD, 2011). La première phase se concentre sur la sécurisation du patient dans sa réalité actuelle, la stabilisation avec réduction des symptômes, l'amélioration de la régulation émotionnelle et l'activation de ressources. La seconde phase cible la résolution des mémoires traumatiques, avant la troisième phase dont le but est l'aboutissement de l'intégration globale. Se pose la question du moment adéquat pour commencer le travail d'intégration des états de personnalité. La structure dissociative de la personnalité explique les symptômes que l'on devrait tenter de stabiliser en phase 1

du traitement, et qui peuvent être le fait d'états de personnalité. Mais comme ces derniers se sont formés à partir d'événements traumatiques, on pourrait considérer que le travail d'intégration des états de personnalité fait partie du travail de résolution des mémoires traumatiques. Il en résulte une difficulté à articuler et conceptualiser le travail de réduction des symptômes et celui favorisant l'intégration à long terme. Cet article propose qu'il peut être utile et parfois favorable à la thérapie d'utiliser des interventions thérapeutiques intégratives dès le début de la thérapie, même si des interventions non intégratives sont parfois nécessaires. Les interventions thérapeutiques intégratives prennent en considération la présence de plusieurs états de personnalité. Les interventions non-intégratives sont élaborées à l'origine avec une conception unifiée du sujet. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

À côté des symptômes strictement dissociatifs, ces patients peuvent par ailleurs présenter de nombreuses comorbidités. Les symptômes dissociatifs et comorbides sont souvent stables ou se présentent sur le long terme ou par phases de moyenne durée. Pour le traitement de ces symptômes stables, on peut se référer aux lignes directrices de l'ISSTD (2011) et aux quelques ouvrages de spécialistes internationaux traduits en français (Philipps & Frederick, 2001 ; Boon, Steele & van der Hart (2014) ; van der Hart et al., 2010). Les patientes et patients atteints de TDI ou d'ATDS-1 présentent aussi des symptômes dissociatifs isolés, pouvant néanmoins apparaître de manière récurrente, également en séance. Ils peuvent submerger le patient, surprendre le thérapeute, et aller jusqu'au blocage de la thérapie, ou à une hospitalisation qui pourrait parfois être évitée avec une bonne connaissance de ces pathologies.

Cet article a pour objectif d'analyser l'origine et le fonctionnement de ces

symptômes dissociatifs isolés, de les répertorier, et de proposer pour chacun d'entre eux différentes interventions possibles, intégratives et non-intégratives. Le clinicien aura ainsi une panoplie d'interventions thérapeutiques à disposition lors de l'émergence soudaine en séance de tels symptômes dissociatifs isolés. En outre le patient pourra également en bénéficier en réitérant ces interventions à domicile, renforçant ainsi son autonomie.

Description des troubles dissociatifs complexes selon le DSM-IV

Le DSM-5 (APA, 2015) décrit le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) comme « une perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts », ce qui « implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité » (critère A). Ces phénomènes ne sont pas expliqués par l'utilisation d'une substance. Il peut être difficile de s'imaginer qu'une personne puisse avoir plusieurs états de personnalité parce qu'en fait nous n'avons qu'une seule identité légale. Les personnes présentant un TDI peuvent avoir l'air d'être assez « normales », c'est-à-dire de vaquer à leurs occupations, travailler, avoir un comportement assez adéquat ou globalement satisfaisant, puis soudainement présenter un comportement différent d'une durée très variable. Par exemple, elles peuvent se comporter tout d'un coup comme un enfant joueur ou comme un enfant apeuré, ou présenter un comportement agressif à l'opposé de leur comportement habituel, ou encore être paralysée et ne plus pouvoir parler. A côté d'états de personnalité bien identifiables par un comportement ou un langage distincts, certains ont une présentation plus discrète et un collègue non averti peut ne pas s'apercevoir qu'il converse en fait avec un autre état et que la partie « adulte » n'est plus présente. Ces moments peuvent être de durée brève (quelques secondes) ou

plus longues (plusieurs heures ou jours). La personne peut ne pas se souvenir de ce passage dans cet autre état de personnalité (critère B : amnésies) ou en avoir un souvenir vague ou partiel. L'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (ATDS-1) est décrit dans le DSM-5 (p. 363) par ces lignes : « Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes : cette catégorie inclut des perturbations de l'identité associées à des failles non graves dans le sens du soi et de l'agentivité, ou à des altérations de l'identité [...] chez une personne qui ne rapporte pas d'amnésie dissociative ». Cette description manque de clarté et de précision alors que l'ATDS-1 est sans doute aussi invalidant et fréquent que le TDI selon une étude réalisée en Suisse (Müller-Pfeifer & al., 2012), voire plus invalidant (Nijenhuis, communication personnelle, 2012). Le TDI et l'ATDS-1 forment les troubles dissociatifs complexes. Au niveau clinique on peut considérer que la différence principale entre le TDI et l'ATDS-1 réside dans l'autonomie des états de personnalité (Steinberg, 1994). Dans le TDI les états de personnalité sont autonomes, c'est-à-dire que la personne peut avoir une amnésie et ne pas réaliser que ses perceptions, sensations, émotions et cognitions, ainsi que son corps sont à certains moments sous le contrôle d'une autre entité qui exécute des actions mentales et comportementales dans l'environnement. Par exemple la personne ne se rappelle pas ce qu'elle a fait dans l'après-midi mais retrouve des signes qu'elle a été faire des achats. Un patient sympathique et affable passait soudainement dans des états de colère lors desquels il agressait verbalement ces collègues de travail et avait une amnésie totale de ces moments. On peut observer de visu des changements d'un état de personnalité à un autre (que l'on nomme « *switch* », à partir du terme anglais,) dont la personne peut ne pas avoir conscience. Dans l'ATDS-1, les états de personnalité secondaires sont moins autonomes de la

partie « adulte » qui vit au quotidien (l'identité légale). Il en résulte qu'elle ressent l'émergence d'un autre état, sous forme de symptômes divers qui seront présentés plus loin. On nomme ce phénomène, typique de l'ATDS-1 et du TDI en phase d'amélioration, co-présence (Philipps & Frederick, 2001), dans la mesure où la personne « adulte » et un ou plusieurs autres états de personnalité partagent l'espace perceptuel, corporel, sensoriel, émotionnel, cognitif et comportemental, chacun avec des apports différents. Il en résulte souvent des symptômes difficilement gérables. Par exemple, une patiente ressentait le besoin imminent et difficile à refreiner de s'enfuir en courant du cabinet de son psychothérapeute qu'elle connaissait de longue date et en qui elle avait confiance. Une autre patiente sentait qu'elle perdait l'usage de la parole et tentait de communiquer avec effort mais sans succès. Une patiente avait la pensée de sauter par la fenêtre, en dehors de toute phase suicidaire ou dépressive. Ou encore, une patiente observait des tremblements importants de ses jambes sans comprendre de quoi il s'agissait alors qu'elle se reposait. Dans ces cas, les états de la personnalité ont des perceptions de soi, du monde, et de leur relation au monde (et aux autres) différentes: en reprenant le premier de ces exemples, on a ainsi en co-présence (1) la personne adulte qui connaît son thérapeute de longue date et a développé une bonne confiance en lui, et (2) un autre état qui émerge soudainement et ne connaît pas ou ne reconnaît pas le thérapeute et panique parce qu'il est un homme. Dans l'enfance un homme de confiance a exercé des violences graves sur cette personne ce qui a forgé des peurs tenaces des hommes chez cet état resté fixé sur ces traumatismes. De telles expériences peuvent être particulièrement perturbantes pour la patiente qui tente de restée ancrée dans *l'ici et maintenant* mais n'arrive pas à contrôler les phénomènes sensoriels,

émotionnels et comportementaux, souvent en lien avec de la douleur physique et/ou psychique intense. En outre, ces expériences, lorsqu'elles ont lieu en séance, peuvent amener de l'angoisse ou un sentiment d'impuissance chez le thérapeute qui aimerait réagir pour faire cesser ces phénomènes et apaiser la patiente, mais ne va peut-être pas comprendre ce qui se passe et n'aura donc pas l'intervention thérapeutique aidante à disposition.

La vignette clinique suivante illustre l'intérêt de pouvoir gérer adéquatement les phénomènes dissociatifs en prenant en considération les différents états de personnalité. Lors d'une séance de groupe sur le thème de la pleine conscience, une patiente passa soudainement dans un autre état de personnalité mutique et figé. Elle présenta alors un aspect que le thérapeute, ne connaissant pas le diagnostic de TDI de cette patiente, qualifia de fortement mélancolique. Après 15 minutes le collègue, inquiet et ne sachant que faire, évoqua la possibilité d'une hospitalisation immédiate. Cela alerta un autre état de la personnalité qui voulut éviter (à la patiente) de revivre de désagréables expériences de contrainte, et elle put émerger dans *l'ici et maintenant* pour demander à ce que l'on téléphona à son thérapeute individuel, ce qui fut fait. Ce dernier, au fait des problèmes de la patiente et formé aux techniques intégratives de gestion des symptômes dissociatifs put calmer l'état de personnalité qui avait émergé, puis faire revenir l'état « adulte » et réorienter la patiente, le tout en dix minutes, évitant ainsi une hospitalisation coûteuse.

La dissociation structurelle de la personnalité

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (van der Hart et al., 2010 ; Nijenhuis, van der Hart, Steele, de Soir & Matthes, 2006) a été développée sur la

base des travaux de Janet (1898, 1904, 1929, 1928, 1935) et de Myers (1940), enrichis des travaux de Panksepp (1998), confirmés par des recherches récentes en neurobiologie (pour une revue de la littérature, voir : Nijenhuis et al., 2006 ; van der Hart et al., 2010 ; Nijenhuis, 2015 ; Reinders, Willemsen, Vos, den Boer, & Nijenhuis, 2002). Cette théorie propose que la traumatisation chronique pendant l'enfance amène à une séparation (dissociation) de la personnalité en plusieurs parties dissociatives (« états de personnalité » selon le DSM-5): avec le temps certaines continuent de s'engager dans les fonctions de la vie quotidienne et de la reproduction (survie de l'espèce) alors que d'autres restent fixées dans les souvenirs traumatiques. Ces dernières s'engagent alors dans des mécanismes ressemblant aux mécanismes de défense animale lorsqu'on est exposé à des dangers réels ou perçus (survie de l'individu). Les différentes parties dissociatives de la personnalité exercent donc différentes fonctions qui sont des systèmes d'action dérivés de l'évolution, comme l'attachement, l'exploration, le jeu, la défense, etc., et se manifestent dans des actions mentales et comportementales correspondantes. Les parties dissociatives engagées dans le quotidien (états « adultes ») ont tendance à éviter les souvenirs traumatiques pour mieux fonctionner au quotidien ; ce phénomène se met en place en particulier dans l'enfance lorsque les événements menaçants, comme des abus sexuels répétés ou d'autres formes de maltraitances et négligences, ont lieu fréquemment, voire quotidiennement, en particulier lorsque ces événements ont lieu au sein de la famille. Les expériences traumatiques sont alors contenues par une ou plusieurs parties dissociatives de la personnalité qui restent fixées sur ces expériences et peuvent devenir de plus en plus autonomes. Parce que leurs fonctions sont définies par des émotions de base en lien avec l'expérience traumatique (peur, colère, impuissance,

tristesse, pleurs d'attachement), reprenant les définitions de Myers (1940), elles sont nommées par van der Hart et al. (2010) « parties émotionnelles de la personnalité » (PE). Parallèlement, la partie de la personnalité qui gère le quotidien évite activement les souvenirs traumatiques et les PEs, développant ainsi une phobie des PEs, problème central des troubles dissociatifs. Elle peut dès lors paraître relativement normale, même si le thérapeute avisé pourra remarquer un discours avec peu ou pas d'affect lorsque les traumatismes sont évoqués. Les auteurs nomment cette partie dissociative « partie apparemment normale de la personnalité » (PAN). Dans la suite de cet article nous utiliserons les termes de PE et PAN qui permettent une meilleure compréhension des phénomènes dissociatifs que le terme général d'états de personnalité utilisé dans le DSM-5. Avec les patients nous utilisons une terminologie simple au plus proche de l'expérience subjective du patient par exemple, pour la PAN : « l'adulte » ; pour les PEs : « la petite Marie » ou « la petite Marie apeurée », « la Marie paralysée » etc. La dissociation structurelle peut ainsi être la manifestation d'un large spectre de troubles liés à des traumatismes, dont les troubles dissociatifs complexes que sont le TDI et l'ATDS-1. Cette théorie est particulièrement utile pour la compréhension de ces troubles et va guider le processus thérapeutique en intégrant des apports des principales orientations thérapeutiques.

La clinique des symptômes dissociatifs

Certains considèrent les symptômes dissociatifs essentiellement comme des symptômes négatifs, c'est-à-dire la perte d'une fonction mentale pouvant prendre la forme de dépersonnalisation ou de déréalisation (Lanius et al., 2010). Cette conception a amené à l'intégration d'un sous-type « dissociatif » du Trouble stress

post-traumatique dans le DSM-5 (APA, 2015) lorsque des symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation sont associés à ce trouble. D'autres néanmoins (Nijenhuis, 1999, 2014 ; van der Hart et al., 2010) considèrent que la dissociation inclut deux types de symptômes : négatifs et positifs. Pour ces auteurs les symptômes post-traumatiques intrusifs sont aussi des symptômes dissociatifs et le sous-type dissociatif du Trouble stress post-traumatique un contre-sens. Selon cette approche, on peut retenir quatre types de symptômes dissociatifs: symptômes somatoformes et psychoformes, positifs et négatifs. On parle de symptômes dissociatifs positifs lorsqu'il y a présence pathologique d'une fonction sans origine organique et avec une origine dissociative. On parle de symptômes dissociatifs négatifs lorsqu'il y a absence pathologique d'une fonction sans atteinte organique et avec une origine dissociative.

Les symptômes psychoformes négatifs sont l'amnésie, la dépersonnalisation (division entre une partie de soi qui vit l'expérience et une partie qui observe), la déréalisation, et l'anesthésie émotionnelle. Les symptômes somatoformes négatifs sont l'analgésie, l'inhibition motrice (la perte de la capacité de mouvoir un membre ou le corps, ou la perte de la capacité d'élocution), et la perte de sensation physique (anesthésie). Les symptômes psychoformes positifs peuvent être des symptômes intrusifs comme des voix ou des émotions émanant d'une PE, ou un revécu du traumatisme par des perceptions visuelles ou auditives, des affects et des cognitions, appartenant au vécu du trauma (flash-back). Les symptômes somatoformes positifs peuvent être des symptômes intrusifs comme des mouvements involontaires (tics, pseudo-épilepsie, tremblements, gestes involontaires) ou des sensations corporelles émanant d'une PE, donc sans lien avec le contexte du moment. Ils peuvent se présenter aussi sous la forme

d'un revécu du traumatisme par des sensations corporelles (des sensations et des mouvements appartenant au traumatisme). Cette catégorisation clinique est pertinente avec la théorie de la dissociation structurelle et d'une grande utilité en vue de planifier la gestion des symptômes.

La gestion des symptômes dissociatifs

Deux approches s'opposent concernant la gestion des symptômes dissociatifs dans un objectif de stabilisation du patient. L'une prend en considération la structure dissociative de la personnalité et la présence d'un système interne, et vise l'intégration progressive des parties dissociatives. Nous l'appellerons donc gestion intégrative. Dans la stabilisation basée sur la théorie de la dissociation structurelle, on s'adresse à un système formé par la PAN et des PEs; il faut donc prendre en considération les relations systémiques au sein de la personnalité entre toutes les parties dissociatives, et garder à l'esprit que les symptômes sont l'expression d'une ou plusieurs parties, ou d'un conflit entre deux ou plusieurs d'entre elles. La stabilisation ciblant le système interne dans son ensemble (PAN et PEs) a une fonction intégrative dans la mesure où elle vise à long terme l'intégration des parties dissociatives, y compris quand on n'aborde pas encore directement le travail sur les traumatismes. La seconde approche propose de gérer les symptômes du patient comme s'il s'agissait de sa propre expression maladaptée, et est basée sur l'idée d'un être humain unifié, sans tenir compte d'une dissociation interne. Nous l'appellerons gestion non-intégrative parce qu'elle ne vise pas (ou pas directement) l'intégration des parties dissociatives. En présence d'une dissociation structurelle, cette seconde approche permettra la stabilisation de la seule PAN. Cela peut

avoir l'avantage de renforcer les ressources de la PAN en vue d'une future confrontation aux PEs mais l'inconvénient important de renforcer la PAN dans ses évitements des mémoires traumatiques et du contact avec les PEs.

Les techniques de gestion non-intégratives sont souvent d'orientation cognitivo-comportementale et basées sur un travail clinique développé pour d'autres pathologies, comme pour les troubles de personnalité Borderline (Linehan, 1993/2000), les états de stress post-traumatiques (thérapie TARGET - Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy - et technique de focusing SOS - Slow down, Orient yourself, Self-check - : Ford et Russo, 2006) ou les troubles alimentaires avec une histoire de traumatismes (Vanderlinden, 2012). Un certain nombre de patients peuvent ainsi améliorer leur état général, mais la structure dissociative reste inchangée puisque non traitée, et les symptômes peuvent réapparaître dès que le niveau d'énergie du sujet baisse, ou sous l'effet d'un stress ou de la réactivation d'une mémoire traumatique, comme lorsque la fille d'une patiente atteint l'âge qu'elle avait elle-même au moment des violences sexuelles vécues dans son enfance.

La gestion intégrative est un travail clinique développé pour des patients souffrant de séquelles de traumatisation complexe et de troubles dissociatifs, que l'on retrouve chez divers auteurs (Reddemann, 2011, 2014 ; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016 ; Phillips & Frederik, 2001 ; van der Hart et al., 2010, Boon et al., 2014), suivant en cela les recommandations de l'ISSTD (2011). Si l'approche intégrative est celle qui doit être proposée en premier choix, il est parfois impossible de l'appliquer, par exemple lorsque le patient rejette l'origine dissociative de ses troubles, lorsque le thérapeute a des réticences à l'idée d'aborder la question de parties dissociatives de la personnalité ou lorsqu'il n'est pas ou pas assez formé dans le

traitement des troubles dissociatifs. La gestion non-intégrative a alors son intérêt. Nous observons à travers nos activités de formation et de supervision que de nombreux collègues, jeunes ou expérimentés, issus de différentes approches thérapeutiques, tendent à revenir à l'idée d'un patient unifié dès qu'ils sont insécurisés. Certains font un bon travail intégratif avec leurs patients souffrant de TDI ou ATDS-1, mais dès qu'une difficulté apparaît dans le traitement, ils reviennent à l'ancienne habitude de traiter « le patient », c'est-à-dire la PAN uniquement. C'est aussi pour ces cas de figure que cet article est conçu, à savoir proposer un outil pédagogique qui aidera le psychothérapeute lors des moments d'incertitude pendant la thérapie, et ils sont nombreux avec ces patients, en particulier lors de l'émergence de symptômes dissociatifs isolés invasifs.

Selon Brand (2001) et Kluft (1993) les patients devraient apprendre déjà dans la phase 1 du traitement à comprendre leur système interne et la PAN à dépasser sa phobie des PEs et à coopérer avec elles. Ainsi les symptômes des patients ayant un TDI ou un ATDS-1, ou d'autres troubles d'origine dissociative, devraient déjà en phase 1 être abordés en tenant compte de la dissociation structurelle sous-jacente. Cela a deux avantages : (1) on travaille sur la structure donc plus en profondeur dès le début, (2) le sujet apprend des techniques qui lui seront utiles à toutes les phases du traitement. Dans ce sens, les techniques à valeur intégrative devraient être favorisées, autant pendant les séances de psychothérapie qu'à domicile, le cas échéant sous forme de tâches à réaliser par le patient entre les séances. Une étude récente (Myrick, Chasson, Lanius, Leventhal, & Brand, 2015) a étudié la pratique thérapeutique de près de 100 thérapeutes exerçant en cabinet privé aux USA pendant les phases 1 et 2 du traitement de patients ayant un trouble dissociatif complexe (TDI et ATDS-1). Leur pratique a été comparée aux avis

d'experts. Il en ressort un accord pour « identifier et travailler avec les parties dissociatives et améliorer la coopération » entre elles déjà dans la première phase du traitement. Les résultats de l'étude ne pouvaient pas démontrer que l'amélioration de la symptomatologie était due spécifiquement au travail avec les parties dissociative, néanmoins les résultats démentaient l'idée que le recours à de telles techniques puisse être néfaste aux patientes et patients.

Gestion des symptômes dissociatifs à valeur intégrative versus non-intégrative.

Nous proposons ici une liste non-exhaustive de différentes techniques permettant de gérer les symptômes dissociatifs, en distinguant la gestion intégrative et la gestion non-intégrative. L'objectif est de participer au transfert de la « riche tradition orale dans le champ des troubles dissociatifs » (Boon et al., 2014, p. 23) dans des publications francophones. Cette liste d'interventions est principalement le fruit de l'enseignement de Ellert Nijenhuis (communications personnelles, 2004-2014) et d'expériences cliniques de l'auteur, enrichies de divers échanges avec des collègues lors de séminaires et congrès. Nous avons renoncé à chercher les références éventuelles de certaines de ces techniques ou interventions, étant donné qu'elles peuvent avoir été développées par plusieurs auteurs en même temps et ont souvent été transmises oralement. Une référence bibliographique ne sera mentionnée que pour des techniques spécifiques dont l'origine est clairement connue.

Gestion des symptômes dissociatifs positifs

Le switch.

Le switch est le phénomène central du TDI : il s'agit du passage brutal ou progressif d'une partie dissociative à une autre. Certains peuvent considérer que le patient devrait « rester ici », ou que la partie dissociative qui émerge devrait « rester à l'intérieur », pour éviter au patient d'entrer dans un état pathologique, alors que la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité considère qu'il peut être fructueux d'accueillir une partie dissociative qui apparaît en séance. L'ISSTD (2011) soutient aussi cette approche et considère comme « franchement contre-thérapeutique » d'ignorer des PE. On peut considérer en effet que si une PE vient en séance, c'est qu'elle a un but et quelque chose à communiquer qui peut être primordial pour la psychothérapie. Cela peut être aussi l'occasion d'accueillir cette PE, de réguler sa tension émotionnelle et de lui offrir une expérience positive de régulation interactive avec le thérapeute, améliorant ainsi l'alliance de cette PE à l'égard du thérapeute. Par modeling avec le thérapeute la PAN pourra très progressivement diminuer sa phobie des PE et apprendre à les réguler elle-même. Par ailleurs empêcher les switches en séance ne va pas forcément prévenir leur apparition en dehors des séances. Le tableau 1 présente les différentes techniques possibles, avec et sans fonction intégrative, à utiliser lors d'un switch. On note que les interventions avec fonction intégrative visent à faciliter la communication de la PE qui émerge. Il est primordial de ne pas être suggestif et d'avoir une approche phénoménologique, d'accueillir ce que la PE a à dire et de le respecter. L'utilisation thérapeutique du dialogue qui peut s'instaurer entre le clinicien et la PE dépasse le cadre de cet article.

Tableau 1 : Gestion avec et sans fonction intégrative des transitions ou passages d'une partie dissociative à une autre (switches)

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Stopper le switch, p. ex. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dire à la patiente : « Restez ici ! » - Aider la patiente à se réorienter dans le <i>ici et maintenant</i> : « Regardez cette pièce, vous la reconnaissez ? » - Donner à la patiente une boule en plastique avec des piquants pour la réorienter dans le <i>ici et maintenant</i> par des sensations physiques. 	<p><i>Dire p.ex. :</i></p> <p>« Oui. Que se passe-t-il ? Il me semble que quelque chose a changé ».</p> <p><i>Éventuellement décrire les changements physiques, p.ex. :</i></p> <p>« Je vois que les jambes tremblent, que le bras ne bouge plus, le regard se porte vers le mur (etc.) ».</p> <p>« Oui ? – je vous écoute – vous voulez dire quelque chose ? »</p> <p><i>Puis si un contact se développe et qu'il semble plausible qu'il s'agisse d'une PE, commencer par des questions simples :</i></p> <p>« Je vous écoute ». <i>Puis plus tard :</i> « Pourquoi venez-vous ? – Ça doit être important pour vous de venir ».*</p>

* L'usage du tutoiement ou du vouvoiement des PE dépend de la langue et des usages de la région linguistique (Belgique, France, Suisse ou Canada) et de certaines considérations et questionnements théoriques. Ainsi le tutoiement des PE enfants n'est pas automatique. Une des questions qui oriente le choix de tutoyer une PE enfant est de savoir par exemple si le fait de faire une différence entre les PE et la PAN peut renforcer la dissociation. Les PE font partie d'un système entier que je vouvoie, et dans ma pratique clinique je vouvoie en général les PE enfant et bébé sans problème. Le manière de mener un dialogue avec les PE dépasse le cadre de cet article.

Les intrusions visuelles, émotionnelles, sensorielles et corporelles.

Les intrusions visuelles, émotionnelles, sensorielles et corporelles sont parmi les symptômes dissociatifs les plus pénibles pour les patients. Ils amènent souvent un contenu traumatique sévère que la PAN et d'autres PEs aimeraient éviter et cela peut fortement déstabiliser le patient. Par ailleurs les symptômes intrusifs empêchent fréquemment la PAN de fonctionner au quotidien, handicapant son attention, sa concentration et ses capacités d'action. Le contenu des intrusions visuelles est le plus souvent clairement traumatique, mais pas toujours considéré comme tels si le contenu est incomplet et ne restitue pas la totalité de l'événement, ou si la PAN a une amnésie des événements traumatiques en question. Les intrusions émotionnelles sont des émotions d'une PE qui font irruption chez la PAN, sans lien ou sans lien apparent avec le contexte actuel. Les intrusions sensorielles et corporelles ont un lien avec un événement traumatique ou avec un but d'une PE et peuvent prendre la

forme de sensations, de douleurs, de migraines, de raideurs musculaires, de fourmillements, de tremblements, de problèmes psychosomatiques, de tics, etc. Ces phénomènes n'ont pas de substrat organique. Les tableaux 2, 3 et 4 présentent différents types d'interventions possibles. Les interventions sans fonction intégrative se basent essentiellement sur la distraction alors que les interventions à valeur intégrative proposent à la PAN de négocier avec la PE pour baisser l'intensité de l'intrusion ou proposer un moment planifié, donc sous contrôle, dédié à cette communication, moment que la PAN choisira lorsqu'elle a un niveau d'énergie suffisant pour y faire face et tenter d'accueillir le message de la PE et le cas échéant de l'intégrer partiellement. En général par ces intrusions les PEs ont un but et veulent communiquer un élément du trauma ou une information importante pour elles-mêmes ou pour le système. L'intégration allant dans le sens d'une reconstruction narrative du traumatisme, morcelé (ou dissocié) entre les différentes parties dissociatives, il est important

d'intégrer au final les éléments communiqués par les PE. Néanmoins il faut prendre en considération les capacités intégratives du moment de la PAN. On peut ainsi développer les capacités intégratives de la PAN et baisser ses tendances à l'évitement des mémoires traumatiques et des PE en lui faisant découvrir qu'elle peut négocier avec la PE responsable des intrusions. On propose donc à la PAN de s'adresser à la PE en question, de reconnaître qu'elle a quelque chose d'important à communiquer, de lui demander de baisser le nombre, l'intensité ou la fréquence de ce qu'elle veut communiquer, ou de reporter à plus tard le

moment de transfert d'éléments de la mémoire traumatique tout en lui proposant des moments de contact sans aborder le traumatisme. Cela peut être en créant un lieu sûr imaginaire pour la PE, ou prenant un moment où la PAN et la PE observent ensemble leur environnement ou regardent une émission de télévision agréable. Les PE acceptent souvent de refréner leur besoin de communiquer sur le traumatisme si la PAN accepte leur existence et leur donne de l'attention. Il est important après-coup de renforcer le succès de cette intervention et de motiver la patiente à faire de même lors d'une telle intrusion en-dehors des séances.

Tableau 2 : Gestion avec et sans fonction intégrative des symptômes intrusifs visuels: images intrusives (hallucinations visuelles), cauchemars, flashback.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Distraction visuelle.</i> Ex. : Amener le patient à se concentrer sur d'autres images internes positives ou neutres Ex. : Amener le patient à porter son attention sur certains objets agréables de la pièce Ex. : Utilisation d'une télécommande imaginaire pour réduire, éloigner, flouter ou estomper l'image, changer de chaîne, etc.</p>	<p><i>Motiver la patiente (PAN) à entrer en contact avec la PE qui amène l'image et à lui dire p.ex. :</i></p> <p>« J'ai compris que tu veux que je vois ces images, mais seulement un peu à la fois STP, et je viendrai vers toi plus tard ». « STP seulement une image pour aujourd'hui, et une autre demain » « STP seulement une partie de l'image et une autre partie plus tard dans la journée, et seulement pour 2 secondes », etc.</p>

En cas d'intrusion visuelle massive que la PAN ne pourrait pas supporter, lorsque les capacités d'intégration de la patiente sont encore trop basses, ou si la PE en question ne collabore pas encore dans le sens d'un contrôle ou d'une réduction des intrusions, une solution aidante est d'amener la PE à la fin de la scène traumatique. Le psychothérapeute peut dans ce cas s'adresser directement à la PE avec empathie, le cas échéant à travers la PAN, et dire : « Allez à la fin de la scène, au moment où c'est fini ». C'est un moyen de

mettre un terme à l'intrusion et aussi de suggérer que la situation traumatique a eu une fin. La déstabilisation peut baisser rapidement puisqu'on a atteint la fin de la scène traumatique. Lors de mouvements intrusifs (tremblements p.ex.), si les interventions intégratives décrites dans le tableau 2 ne sont pas suffisamment aidantes, il peut être utile de faire l'exercice de séquençage sensori-moteur (*sensorimotor sequencing*, en anglais) développé par Ogden & Minton (Ogden & Fisher, 2015 ; Ogden & Minton, 2000 ;

Ogden, Minton, & Pain, 2006/2015), un pistage suivi d'un séquençage lent, sous contrôle et en pleine conscience des sensations physiques, très proche du travail de Levine (1997). Le concept sous-jacent est que le symptôme est une action inachevée, un mouvement qui n'a pu être accompli lors du trauma. Il s'agit alors d'amener le patient dans sa PAN à développer le mouvement d'une PE jusqu'à son aboutissement final, ce que Janet appelait « Acte de triomphe ». L'intégration ne peut se faire que si le mouvement est fait avec toute sa force mais lentement et sous contrôle, avec un fort soutien du psychothérapeute. Une patiente de l'auteur avait régulièrement de forts tremblements des jambes en séance.

Lorsque la patiente entreprit avec le soutien du psychothérapeute le séquençage sensori-moteur, cela permit à ces tremblements de cesser après 10 minutes et de comprendre qu'ils étaient l'amorce du mouvement de se lever et s'enfuir, ce qui n'avait pas été possible lors des nombreux actes de violences sexuelles commis par son père. Avec une pratique régulière en dehors des séances lorsque la patiente sentait les tremblements débiter, ils diminuèrent rapidement en fréquence et intensité et furent considérés ensuite par la patiente, non plus comme un symptôme insupportable à éviter mais comme le signe de la co-présence de la PE impliquée et de son besoin de communiquer.

Tableau 3 : Gestion avec et sans fonction intégrative des intrusions d'émotions appartenant à une PE.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<i>Gestion des émotions selon des approches comme la Thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993/2000)</i>	<i>Amener la PAN à demander dans le système interne quelle(s) PE(s) a/ont à voir avec ces émotions. Puis communiquer avec la PE impliquée et lui dire p.ex. : « J'ai compris que tu me communique quelque chose d'important. Peux-tu me transmettre seulement 10% de cette émotion pour aujourd'hui, car je ne peux pas supporter davantage aujourd'hui, et je te promets d'en tenir compte plus tard ».</i>

Tableau 4 : Gestion avec et sans fonction intégrative des intrusions sensorielles et corporelles.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<i>Exercice du Lieu sûr – Relaxation. Exercices hypno-imaginatifs, comme le Faisceau lumineux (cf. Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). Amener le patient à se concentrer sur des sensations positives ou agréables, ou à faire des mouvements agréables.</i>	<i>Amener la PAN à entrer en contact avec la PE qui amène les sensations et lui dire p.ex. : « J'ai compris que tu veux que je sente ces sensations, mais seulement un petit peu à la fois STP, et je viendrai vers toi plus tard ». « STP, envoie moi seulement x % des sensations, et je m'engage à revenir vers toi plus tard ». D'abord 10%, plus tard 20%, etc. Parfois il faut même commencer par 1% des sensations.</i>

Les hallucinations auditives.

Les hallucinations auditives sont un symptôme connu pour appartenir aux troubles psychotiques. Il s’agit néanmoins aussi d’un symptôme positif fréquent chez les personnes atteintes de TDI ou ATDS-1 (Dorahy & al., 2009; Moskowitz & Corsten, 2007), ce qui peut donner lieu à un diagnostic erroné ou des difficultés diagnostiques. Lorsque l’on explore de manière phénoménologique les voix que les patients dissociatifs entendent, on s’aperçoit qu’il s’agit très souvent de messages d’une PE à d’autres parties dissociatives. La PAN cherche en général à

neutraliser ces voix qui la perturbent de par leur existence et/ou leur contenu. Les PEs peuvent communiquer sur les traumatismes ou commenter les actions de la PAN ou d’autres PEs. Certaines PEs peuvent communiquer de manière soutenante et aidante, ce qui est moins problématique pour la PAN, si ce n’est que les patients ont souvent peur d’être pris pour psychotiques et préfèrent ne pas en parler. Ce sont les voix dénigrantes ou insultantes, particulièrement perturbantes, que ciblent les interventions proposées dans le tableau 5. Autant que possible, le dialogue avec la PE est à privilégier.

Tableau 5 : Gestion avec et sans fonction intégrative des intrusions verbales (voix)

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Arrêt des voix par distraction :</i></p> <p>Ex. : En lisant un texte neutre ou positif, en écoutant de la musique, en regardant la TV, en comptant à reculons, etc.</p>	<p><i>Motiver la PAN à entrer en dialogue avec la PE qui « parle », explorer ce que veut cette PE. Amener la PAN à considérer que cette PE à un rôle important, même si on ne le comprend pas encore. Puis amener la PAN à faire un contrat avec la PE pour ouvrir un dialogue constructif planifié (négocier ou prévoir un moment et lieu donnés pour la communication PAN/PE, p.ex. lorsque c’est le plus aisé et adéquat pour la PAN (en tenant compte du niveau d’énergie).</i></p>

La désorientation dans le temps ou l’espace.

La désorientation dans le temps ou l’espace peut prendre des formes diverses, mais le plus souvent le psychologue remarquera un changement dans l’attitude de la patiente. Celle-ci peut regarder autour d’elle comme si elle ne reconnaissait pas l’endroit ou au contraire avoir le regard figé, regardant dans le vide ou fixant le thérapeute ou un objet de la pièce avec insistance. Il s’agit d’une intrusion partielle d’une PE, plus qu’un flashback et moins qu’un *switch*. La patiente peut dire par exemple : « C’est bien vous, docteur ? » ; ou encore : « Où est-on ? Vous êtes bien à Lausanne, docteur ? ». Il s’agit de l’intrusion dans *l’ici et maintenant* d’une

réalité en lien avec une situation traumatique du passé. L’intrusion d’un espace-temps différent de celui de *l’ici et maintenant* donne à la patiente un sentiment perturbant de désorientation. Les interventions intégratives (tableau 6) ont pour but de soutenir la communication entre la PAN et la PE impliquée, donnant ainsi plus de contrôle à la PAN. Les interventions non intégratives (tableau 6) visant à forcer la réorientation dans le présent sont utiles dans certains cas d’urgence mais ne permettent pas le contact avec la PE impliquée et renforcent les capacités d’évitement de la PAN, maintenant ainsi la dissociation pathologique.

Tableau 6 : Gestion avec et sans fonction intégrative de la désorientation dans le temps ou l'espace.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p>Réorienter la patiente dans le ici et maintenant. Ex. : En lui demandant de compter des objets d'une couleur x dans la pièce, de décrire des objets qu'elle apprécie dans la pièce, Ex. : La patiente prend dans ses mains et malaxe une boule en plastique avec des piquants ou se la passe sur les avant-bras.</p>	<p>Motiver la PAN à entrer en contact avec la PE qui amène les éléments d'une situation traumatique du passé et la PAN doit lui dire p.ex. : « J'ai compris que tu veux communiquer quelque chose, mais seulement un peu à la fois stp, et je viendrai vers toi plus tard ». ou : « ... seulement x% pour maintenant et x% un peu plus tard »</p>

Gestion des symptômes dissociatifs négatifs

La perte de conscience

La perte de conscience d'origine dissociative réside dans l'émergence d'une PE prise dans un état d'hypoactivation maximale appelé « mort feinte » (cf. Ogden & Fisher, 2014), et/ou dans un évitement total par la PAN d'éléments d'un trauma amenés par une PE. Pour ce symptôme la sécurité du patient doit être prise en considération en premier lieu, puis il convient de l'aider à reprendre conscience, avec des sels par exemple. L'expérience clinique (Nijenhuis, communication personnelle, 2014) montre néanmoins qu'une partie du système intérieur peut dans certains cas entendre ce qui se dit, quand bien même le patient dans sa PAN est inconscient. Sur un mode intégratif, le thérapeute peut donc malgré tout converser avec le système interne pendant la perte de conscience, avec un souci d'efficacité à moyen ou long terme. Par exemple il peut dire : « c'est difficile pour l'adulte d'être là et d'être en contact avec ce qui vient, mais vous pouvez essayer de vous rapprocher un peu, de sentir un peu ce qui se passe, juste pour quelques secondes, et d'être un peu plus présent. Et peut-être une autre partie peut

vous aider à revenir ». Ou encore : « une force est là qui a pris tout le contrôle du corps, elle est très forte et nous allons faire attention à elle. Nous la prendrons en considération. Et peut-être elle laisse déjà revenir l'adulte. Voyez si elle peut laisser revenir l'adulte un petit peu ». Il peut donc être utile d'associer des interventions intégratives et non-intégratives, ces dernières étant le premier choix pour ce symptôme.

Les pertes de fonction

Les pertes de fonctions peuvent se manifester sous la forme de l'anesthésie, l'analgésie ou l'inhibition motrice. L'analgésie et l'anesthésie sont des symptômes dissociatifs négatifs et appellent à des interventions similaires, raison pour laquelle ils sont réunis dans cette section. Lorsque ces symptômes sont continus et présents depuis l'enfance, les patients peuvent ne pas en être conscients. Cela peut être problématique puisque ne pas ressentir la douleur peut être dangereux et l'anesthésie donne un ressenti limité de la vie et/ou une sensation chronique de vide. Lorsqu'ils sont épisodiques et isolés, ces symptômes sont perturbants pour les patients et proposer des ressources peut être nécessaire. Dans les interventions présentées dans le tableau 8, celles sans

fonction intégrative ont pour but de forcer le retour de sensations par des stimulations sensorielles. Elles sont fréquemment utilisées, en particulier lorsque le thérapeute craint que l'apparition de tels symptômes négatifs ne prédisent la venue

d'un phénomène dissociatif plus invalidant comme un *switch* vers une PE hyper ou hypo-activée. Les interventions intégratives, qui là aussi sont à favoriser, ciblent la PE impliquée et une communication progressive et contrôlée.

Tableau 7 : Gestion avec et sans fonction intégrative de l'analgésie, de l'anesthésie et des pertes de fonctions.

Interventions sans fonction intégrative	Interventions avec une fonction intégrative
<p><i>Faire revenir les sensations, p. ex. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La patiente prend dans ses mains et malaxe une boule en plastique avec des piquants ou se la passe sur les avant-bras ou les jambes. - La patiente se force à bouger les bras et les jambes, éventuellement les masse, ou se lève et marche. <p><i>Forcer l'attention dans le présent, p.ex. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Noter 4 objets (p.ex. bleus) dans la pièce 	<p><i>Proposer à la PAN de s'adresser à son monde intérieur ou de voir dans la salle de réunion quelle(s) PE(s) est/sont impliquées. P.ex. :</i></p> <p>« L'une ou plusieurs d'entre vous essaient sans doute de me communiquer quelque chose ou de me protéger de quelque chose et je vous en remercie. S'il vous plaît, seulement un peu pour commencer et j'en tiendrai compte et je m'engage à revenir vers vous quand j'en aurai l'énergie. Et maintenant faites revenir les sensations habituelles / laissez revenir l'usage de mes membres »</p>

L'inhibition motrice (perte de la capacité de mouvoir une partie du corps) est un symptôme qui peut être très invalidant, selon la partie du corps touchée et son étendue. Ce symptôme, central dans le Trouble de conversion, est souvent présent dans le TDI et l'ATDS-1 (Nijenhuis, 1999). Cela peut être une PE qui émerge avec son vécu traumatique de figement ou de mouvements entravés. Il peut aussi s'agir d'une PE qui veut paralyser le corps pour empêcher la PAN ou une autre PE de faire quelque chose qu'elle considère comme néfaste pour elle-même ou le système. Contrairement au Trouble de conversion, ces symptômes sont plutôt transitoires chez les patients atteints de TDI ou d'ATDS-1. Les interventions possibles sont présentées dans le tableau 7. Dans les interventions sans fonction intégrative, le thérapeute amène le patient à regagner le contrôle de la motricité. Par exemple il stimule le patient à bouger, se lever, marcher, se masser les membres en question, ou à toute autre activité à l'opposé de la paralysie concernée. En plus des interventions

intégratives listées dans le tableau 7, dans un deuxième temps il peut être nécessaire pour ce symptôme en particulier, à cause du handicap supérieur, d'explorer le phénomène: interroger le monde intérieur et demander quelle PE est là qui vient avec la paralysie du corps ou d'un membre. Il faut alors être attentif à ne pas s'engager dans un travail d'intégration de souvenirs traumatiques si la patiente n'a pas encore l'état de stabilité nécessaire, ce qui implique la sécurité dans la vie réelle, l'absence de contact avec les agresseurs, une régulation satisfaisante des affects, une capacité de distanciation, une gestion satisfaisante des symptômes dissociatifs et une bonne alliance thérapeutique.

L'anesthésie émotionnelle.

L'anesthésie émotionnelle est une forme de restriction des affects qui peut être d'origine dissociative. Dans ce cas, il peut s'agir d'une PE qui bloque l'accès à des affects dissociés en lien avec une situation traumatique, ou qui bloque l'expression des émotions d'une autre partie

dissociative. Il peut s'agir aussi d'un évitement émotionnel de longue date de la PAN. Il convient d'être attentif à ne cibler ce symptôme en phase de stabilisation que lorsque c'est indispensable, car l'intégration d'affects dissociés - toujours douloureuse - est davantage l'objectif de la phase 2 de la psychothérapie (travail sur les traumas). Dans le cas d'une anesthésie émotionnelle de longue date, c'est la psychothérapie dans son ensemble qui devrait amener à une amélioration progressive. C'est dans le cas d'une anesthésie émotionnelle épisodique et perturbante que des interventions peuvent être nécessaires. Les interventions non intégratives sont celles qui visent le développement d'activités de plaisir pour développer les émotions positives, et l'apprentissage ou l'intensification de la reconnaissance des émotions agréables ou désagréables. Ces interventions n'auront de sens que lorsque l'anesthésie émotionnelle s'étend sur une période suffisamment longue pour considérer un tel travail thérapeutique ciblé, réalisé en général sur le moyen terme. Les interventions intégratives impliquent de soutenir les interactions entre parties dissociatives. Pour ce faire, on propose à la patiente dans sa PAN de s'ouvrir à son système interne par la métaphore d'une salle de réunion où l'on invite les différentes parties dissociatives, afin de découvrir laquelle ou lesquelles sont impliquées dans la restriction des affects. Puis on encourage la transmission très progressive d'émotions des PE à la PAN, en commençant par des émotions agréables ou indépendantes du traumatisme, tout en soutenant la PAN à accueillir ce vécu émotionnel. La transmission d'émotions désagréables et/ou en lien avec le traumatisme sera ciblée lors de la phase 2.

Conclusion

Cet article résume les interventions à fonction intégrative et à fonction non-intégrative pour gérer les symptômes dissociatifs, en particulier lorsqu'ils apparaissent de manière isolée et soudaine en séance. L'objectif est de clarifier auprès des thérapeutes les deux types d'interventions possibles. De manière générale il convient de favoriser les interventions à visée intégrative puisque l'intégration est le but ultime dans le traitement des patients souffrants de troubles dissociatifs complexes. Le traitement global des troubles dissociatifs complexes, tel que recommandé par les experts (ISSTD, 2011) c'est-à-dire favorisant les interventions à visée intégrative dès la phase 1, conduit à une amélioration de la symptomatologie (méta-analyse de Brand, Classen, McNary, & Zaveri, 2009). Actuellement aucune étude ne permet de dire laquelle de ces deux options – intégrative versus non-intégrative – est la plus efficace dans la phase de stabilisation avec ces patients. L'utilisation d'interventions à visée intégrative n'est en tout cas pas dangereuse pour les patients (Myrick et al., 2015). La méthode PPIT (Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes, Reddemann, 2004 ; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016, pour la version manualisée en français) est basée sur la théorie des états du moi (Watkins & Watkins, 1997), proche de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Elle a clairement une visée intégrative en prenant en considération le système interne dissocié. L'efficacité d'un programme hospitalier (6 semaines) de stabilisation selon l'approche PPIT a été démontrée auprès de 43 femmes souffrant de séquelles de traumatisation complexe, avec un follow up de deux ans. 59% des patientes avaient un diagnostic de trouble dissociatif (Lampe, Barbist, Gast, Reddemann, & Schüßler, 2014). A notre connaissance il n'existe pas de programme de stabilisation à visée exclusivement non-

intégrative pour les patients souffrant de TDI ou d'ATDS-1. Certains patients ayant un TDI ou un ATDS-1 participent à des groupes de la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993/2000), mais ne se sentent pas compris dans la spécificité de leurs problèmes dissociatifs (Boon et al., 2014). Nous remarquons néanmoins que de nombreux cliniciens utilisent des interventions non-intégratives avec de tels patients. Nos observations nous amènent à penser que c'est souvent par manque de formation sur les troubles dissociatifs complexes et/ou sur les techniques de stabilisation à visée intégrative, par crainte d'entrer en contact avec le système interne, ou encore par difficulté à considérer l'existence d'un système interne dissocié. Il convient d'admettre que les études de long terme sont difficiles à mener et coûteuses, vue la complexité de ces troubles et la longue durée du traitement. Il n'est pas rare que la phase 1 de stabilisation dure plusieurs années. Cet article cible principalement les psychothérapeutes dans leur pratique clinique. En outre cet article ne présente pas un programme de stabilisation en tant que tel, mais des techniques de stabilisation à utiliser lors de l'apparition de symptômes dissociatifs isolés et perturbants. Notre expérience clinique confirme clairement l'avantage d'utiliser avec ce groupe de patients les interventions intégratives présentées dans cet article. Au-delà de cette liste non-exhaustive, nous encourageons les cliniciens à penser en terme d'intégration lorsqu'ils travaillent avec des patients souffrant d'un trouble dissociatif complexe. Ils pourront sans doute créer ou découvrir par eux-mêmes d'autres interventions à visée intégrative et compléter ce travail par leurs propres expériences.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition – DSM-5*. Paris : Elsevier-Masson.
- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique : Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. Bruxelles : De Boeck.
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., Mulholland, C., & Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 892–898.
- Brand, B. L. (2001). Establishing safety for patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 133–155. doi:10.1300/J229v02n04_07
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646–654. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). A trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction : Target. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 335-355.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD). (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 115-

187. doi : 10.1080/15299732.2011.537247
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes* (Vol. 1). Paris : Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris : A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93 : 329-366.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris : Félix Alcan.
- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Kluft, R. P., & Fine, C. G. (Eds.). (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Lampe, A., Barbist, M-T., Gast, U., Reddemann, L., & Schüßler, G. (2014). Long-term course in female survivors of childhood abuse after psychodynamic oriented, trauma-specific inpatient treatment : a naturalistic two-year follow-up. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60, 287-282. doi : 10.13109/zptm.2014.60.3.267
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD : Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647. doi : 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA : North Atlantic Books.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite* (D Page & P. Wehrlé, Trad.). Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène. (Œuvre originale publiée en 1993)
- Moskowitz, A. & Corsten, D. (2007). Auditory hallucinations: psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6, 35-63. doi: 10.1300/J513v06n02_04
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., ... Rufer, M. (2012) Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research*, 200, 475-481. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.028
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Myrick, A. C., Chasson, G. S., Lanius, R. A., Leventhal, B., & Brand, B. L. (2015). Treatment of complex dissociative disorders : A comparison of interventions reported by community therapists versus those recommended by experts. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16. 51-67. doi: 10.1080/15299732.2014.949020
- Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatoform dissociation : phenomena, measurement, and theoretical issues*. London : Norton.
- Nijenhuis, E. R. S. (2014). Dissociation in the DSM-5 : Your view s'il vous plaît, Docteur Janet? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15, 245-253. doi : 10.1080/15299732.2014.894427
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma : Ignorance, fragility, and control*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., Matthess, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue Francophone du Stress et Trauma*, 6(3), 125-139.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2014). Integrating body and mind: Sensorimotor

- psychotherapy and treatment of dissociation, defense, and dysregulation. In U. F. Lanius, F. M. Corrigan, & S. L. Paulsen (Eds.), *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Towards an Embodied Self* (pp. 399-422). New York, NY : Springer.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, *VI*(3), 149-173. doi: 10.1177/153476560000600302
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2015). *Le trauma et le corps: Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. Bruxelles : De Boeck. (Œuvre originale publiée en 2006)
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Phillips, M., & Frederick, C. (2001). *Psychothérapie des états dissociatifs: Guérir le moi divisé*. Bruxelles : SATAS
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes: Théorie des états du moi et techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles : Satas.
- Reddemann, L. (2014). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (18. Auflage). Stuttgart : Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginativ Traumatherapie bei dissoziativer Identitätsstörung und DDNOS*. In L. Reddemann, A. Hofmann, & U. Gast (Eds.), *Psychotherapie der dissoziative Störungen* (pp.124-130). Stuttgart : Georg Thieme Verlag.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual*. (sechste, vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart : Klett-Cotta.
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS one*, *7*(6), e39279. doi : 10.1371/journal.pone.0039279
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnostic, clinical features, and treatment*. New-York, NY : Wiley.
- Steinberg, M. (1994). *Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID- D), Revised*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté* (F. Mousnier-Lompré, & H. Dellucci, Trad.). Bruxelles : De Boeck. (Œuvre originale publiée en 2006)
- Vanderlinden, J. (2012). *Traitement des troubles dissociatifs et des conséquences de la traumatisation chronique*. In M. Kédia, J. Vanderlinden, G. Lopez, I. Saillot, & D. Brown (Eds.), *Dissociation et mémoire traumatique* (pp. 129-176). Paris : Dunod
- Watkins, J. G., & Watkins, H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. New York, NY : W. W. Norton & Company.

ANNEXE F



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Case Report

Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study

Psychothérapie de la psychose dissociative post-partum basée sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et l'hypnothérapie : une étude de cas

Olivier Piedfort-Marin ^{a,b,*}

^aAPEMAC/EPSAM EA 4360, University of Lorraine, Metz, France

^bInstitut Romand de psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

ARTICLE INFO

Historique de l'article :
 Received 9 April 2019
 Received in revised form 5 August 2019
 Accepted 19 September 2019

Keywords:
 Dissociative psychosis
 Structural dissociation of the personality
 Hypnosis
 Psychotherapy
 Trauma

Mots clés :
 Psychose dissociative
 Dissociation structurelle de la personnalité
 Hypnose
 Psychothérapie
 Traumatisme

ABSTRACT

Introduction. – Identifying dissociative psychosis, often a serious invalidating condition, can be relevant for an accurate choice of treatment and a better outcome. Symptoms of dissociative psychosis are understood as the psychotic-like intrusions of trauma-related dissociative parts into the part of the personality dealing with daily activities.

Objective. – This article presents the treatment of a 35-year-old woman who developed a dissociative psychosis two weeks after a traumatizing, death threatening delivery. Psychotic symptoms were mystic, referential and persecutory delusions. The therapeutic interventions are described and commented in detail.

Method. – Conceptualization was based on the theory of the structural dissociation of the personality. Hypnotherapeutic interventions with a light trance were used to enter the patient's inner world to understand the meaning of the symptoms and gain a resolution of the trauma-related dissociative parts involved in the expression of the symptoms.

Results. – The patient was symptom free after three sessions, and still at two-and-half years follow up.

Conclusion. – Psychotherapy based on the theory of the structural dissociation of the personality can be efficient for dissociative psychosis. Differential diagnosis is recommended.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

R É S U M É

Introduction. – Identifier la psychose dissociative, une condition souvent invalidante, peut être pertinent pour faire un choix précis du traitement et atteindre un meilleur résultat. Les symptômes de la psychose dissociative sont compris comme des intrusions à présentation psychotique de la part de parties dissociatives fixées sur des traumatismes, à l'égard de la partie de la personnalité qui gère les activités du quotidien.

Objectif. – Cet article présente le traitement d'une femme de 35 ans qui a développé une psychose dissociative deux semaines après un accouchement traumatisant avec menace sur la vie. Les symptômes psychotiques étaient des délires mystiques, de référence et de persécution. Les interventions thérapeutiques sont décrites et commentées en détail.

Méthode. – La conceptualisation a été basée sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Des interventions hypnothérapeutiques sous tranche légère furent appliquées pour entrer dans le monde de la patiente afin de comprendre le sens des symptômes et d'atteindre une résolution des

* Correspondence at: avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Switzerland.
 E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com.

parties dissociatives fixées sur des traumatismes et impliquées dans l'expression des symptômes à présentation psychotique.

Résultats. – La patiente ne présentait plus aucun symptôme après trois séances, ainsi qu'au suivi deux ans et demi plus tard.

Conclusion. – La psychothérapie basée sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité peut être efficace pour la psychose dissociative. Le diagnostic différentiel est recommandé.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Dissociative Psychosis – formerly referred to as hysterical psychosis – is a disorder that is trauma-related, has psychotic features, but is dissociative in nature (Van der Hart, Witztum, & Friedman, 1993). Unfortunately, dissociative psychosis (DP) lacks scientific recognition. It is only mentioned in the ICD-10 (WHO, 1992) as “hysterical psychosis” but with no description whatsoever, and it is not mentioned in the DSM-5 (APA, 2013). It is still unclear whether the ICD-11 will include this disorder. The term of hysterical psychosis originated in the middle of the 19th century and seems to have been first used by Moreau de Tours in 1845 (Witztum & Van der Hart, 2008, p. 22). At the time, hysteria (we would now say dissociative disorder) was the disorder that probably attracted most attention among the scientific community. Hysteria was then clearly seen as trauma-related and could take very different forms. Freud and Breuer (2004/1895) mentioned that hysteria is trauma-related and that many symptoms can be present in this disorder, including visual hallucinations. Janet (1898, 1935) described a large number of cases where patients with trauma-related hysteria have symptoms that would now be categorized as psychotic. According to Janet's work, DP is understood as the division (dissociation) of the personality into several systems of ideas and functions that can become more or less autonomous. Some of these systems may show symptoms that seem so difficult to understand and/or at such odds with the present reality that they may be categorized as psychotic.

Later, Freud changed his assumptions and considered the child's fantasy, rather than early (sexual) trauma, to be involved in the development of psychopathology. With the emergence of the concept of schizophrenia (Bleuler, 1950/1911) and the rise emergence of Freud's new theory, the interest in hysteria diminished, as it did for hysterical psychosis. As a result, Janet's work suddenly attracted less attention. The concept of *Spaltung* (splitting) won out over Janet's concept of dissociation. Bleuler's work has greatly influenced the major diagnostic categorizations up until today. Bleuler believed that hysteria was simply a form of schizophrenia although Janet disagreed with this (Maleval, 1981). According to Ross (2008) many cases presented in Bleuler's (1911) work would nowadays be diagnosed with dissociative identity disorder (DID). This very rich period with regards to the emergence of key concepts in psychopathology also led to major confusions that are still present to this day.

DP lies in the middle of this rich but also somewhat chaotic conceptual dilemma. It brings up questions concerning the concepts of dissociation and psychosis. Throughout the 20th century, attempts to differentiate psychosis and neurosis had little success, even in Freud's work, until such differentiations were taken out of major Anglo-Saxon psychiatry manuals (Maleval, 1981; Auxéméry, 2015). Psychosis is nowadays merely defined by a series of symptoms – Bleuler's accessory symptoms and Schneiderian symptoms – but not by an etiology. Defining psychosis by a series of symptoms can nevertheless have its limitations. In this regard the DSM-5 mentions in the chapter on

dissociative disorders that “some individuals [with DID] experience transient psychotic phenomena or episodes” (APA, p. 294).

In summary, there may be individuals with symptoms that might be categorized as psychotic, yet who have no psychotic disorder per se, but rather a dissociative disorder, as it is the case in DP. Differentiating DP from other disorders is extremely relevant to the choice of treatment. According to the few references in the literature, DP could benefit from psychological treatment, in particular hypnotherapeutic treatment that takes into consideration the dissociative etiology of the disorder (Witztum & Van der Hart, 2008).

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP) developed by Van der Hart, Nijenhuis, and Steele (2006) has revisited the pioneering work of Janet and allows the conceptualization of trauma-related disorders that are considered dissociative in nature. This theory targets the dissociative structure behind the symptoms. In the case of PD, the TSDP helps explain the origins of the symptoms with a psychotic presentation or feature.

This article presents a case of PD and its brief successful psychological treatment with a two-and-a-half year follow up. The treatment consisted of hypnotherapeutic interventions based on the TSDP. We will present the TSDP, its utility for the conceptualization of PD, as well as treatment considerations. The clinical vignette will be described in detail to give the readers the closest insight into treatment possibilities in cases of PD.

2. The theory of the structural dissociation of the personality: a model to conceptualize dissociative psychosis

2.1. The theory of the structural dissociation of the personality

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP) was developed by Van der Hart et al. (2006; also: Van der Hart, Steele, & Nijenhuis, 2017; Nijenhuis, 2017) influenced by the pioneering work of Pierre Janet (1889, 1898, 1904, 1919, 1928, 1935) and Myers (1940). Recent research in neurobiology brings interesting confirmations of this theory (Reinders et al., 2006; Schlumpf et al., 2013).

In line with Janet, the TDSP postulates that, confronted with traumatizing event(s) and in the absence of sufficient integrative abilities, an individual's personality will divide itself into several dissociative parts, failing to develop an autobiographical narrative memory of this event into the person's life. These dissociative parts are of two main natures (cf. Myers, 1940): the Apparently Normal Part of the personality (ANP) and the Emotional Part of the personality (EP). The ANP is primarily mediated by action systems directed at dealing with daily life. EPs are primarily mediated by defense action systems such as fight, flight, feigned death, submission, hypervigilance, and attachment action sub-systems such as attachment cry. EPs are fixated on elements of the traumatizing event(s). ANP engages in avoidance of the EPs that might regularly intrude into the ANP in different manners that will be described later. This avoidance allows many but not all individuals as ANP to function in daily life without being too

overwhelmed by the EP(s) and their trauma-related mental and/or behavioral actions, but at the same time this avoidance maintains the structural dissociation. Both ANP and EP(s) together constitute the whole non-integrated personality.

Some EPs can develop a high degree of autonomy and can take the executive control over the ANP. A change of executive control from the ANP to an EP or vice-versa is called a switch. When they do not take the executive control, EPs can intrude the ANP with sensations, sensorimotor actions, emotions, perceptions, thoughts, beliefs, mostly trauma-related. Such intrusions can take the form of auditory hallucinations when EPs intrude into ANP with comments on ANP (for example: "you are guilty") or on other people (for example: "don't trust him").

These intrusive symptoms are Schneiderian symptoms of first rank and are in fact very common in patients with dissociative disorders (Dorahy et al., 2009; Kluft, 1897; Moskowitz, Mosquera, & Longden, 2017; Ross et al., 1990). They may be considered as a sign of schizophrenia, leading to the erroneous diagnostic of schizophrenia (or of another psychotic disorder) instead of dissociative disorder, and thus to inaccurate treatment.

EPs and ANP are in a complex systemic dynamic, between each other and with the outer world. One key element in this dynamic is the ANP's energy level. If the client as ANP has a high degree of energy level, she/he might be able to mentally avoid the intrusions of the EPs and may appear to function quite well in daily life. But if the client's energy level decreases, for example, due to stress, a medical condition or a new traumatizing event, he/she might no longer be able to mentally avoid the intrusions of the EP(s) and symptoms may increase. The EP's intrusions may then become stronger. This may lead to (more) switches and to an even lower energy level, a dangerous vicious circle that may lead to a decompensation with a need for urgent treatment.

2.2. Structural dissociation and dissociative psychosis

TDSP is helpful in understanding and conceptualizing PD. Witztum and Van der Hart (2008, p. 261) propose several cases, which can be combined, where an episode of PD can be conceptualized with the TSDP:

- ANP feeling overwhelmed by threatening and/or imperative voices;
- EP(s) in executive control re-experiencing traumatizing events (Janet's *primary idées fixes*);
- EP(s) in executive control (re)experiencing terrifying hallucinations derived from traumatic experiences (Janet's *secondary idées fixes*);
- rapid switching among EPs because of reactivated traumatic memories;
- and the phenomenon of *double emotion* (Janet, 1928; Witztum, Margalit, & Van der Hart, 2002), in particular instances in which current traumatization reactivates past traumatization.

In these different cases, the person might show a disturbed contact with actual reality, severe hallucinations, paranoia, all symptoms traditionally considered as psychotic. When a person has experienced repetitive sexual abuse, one or more EPs may have developed with a strong tendency to consider other people, for example other men, as dangerous. Such EPs may communicate their fear of others and intrude on the ANP in a way that the ANP depicts as voices (auditory hallucinations) or the ANP may submit to such intrusions and directly express her/his mistrust (paranoia). In doing so, the ANP further avoids her/his dissociative structure.

EPs have their own conception of self, others and the world (Nijenhuis, 2015). Their sense of self should be understood also in relation to the age and level of psychological development of the

person when the related traumatizing event took place. For example children have their own understanding of sexuality, and later the related symptoms may be difficult for clinicians to understand. If the abuses were perpetrated in combination with the ingestion of substances, this might also impact the child's perception. Later, an EP may bring forward related symptoms that are difficult to understand. This could also lead to the inaccurate diagnosis of a psychotic disorder. Indeed, clinicians tend to consider that a symptom is psychotic when they do not understand it, but this may say more about the clinician's own abilities, in particular the clinician's openness to the unknown.

An EP can also bring forward one single element of the traumatizing event while the other elements might be held by other EPs. Until integrative work has been achieved, in particular the synthesis of the traumatizing event with the different dissociative parts, it will be difficult to understand what this single element of that particular EP means. This too may be labeled by some clinicians as a psychotic symptom. For example, a client in one of her EPs would insist with panic that the office of the therapist was all dark and that she could not see anything. Later, synthesis allowed the client in her ANP to understand that a sexual abuse had occurred in full darkness when she was a young child. The darkness made her unable to see who the perpetrator was, which in her perspective was the most disturbing of the event.

Some EPs develop imaginary resources to deal with the traumatizing event. Imagination is indeed a special resource for children. For example, when she was four years old, a client was hospitalized in a sterile room and could only see her mother behind a window for several days. An EP emerged who imagined herself flying like a bird through the window and sitting by her mother. This was a wonderful imaginary resource. Later, as an adult, the intrusion of this EP believing that she could fly could be labeled as a psychotic symptom.

In summary, according to the TSDP, PD appears when an EP takes over the executive control for a long period of time, or when EP's intrusions are so severe that the ANP cannot deal with them (Witztum & Van der Hart, 2008). There is often a decrease of the ANP's energy level and a difficulty for both the client as ANP and the therapist to understand the intrusive symptoms, i.e. the expression of the EPs. When such patients have a low level of energy, combined with strong intrusions and/or repeated switches, this may also lead to a disorganized behavior that can be categorized as a psychotic symptom. In some cases, the PD should be considered as a phase in the development of a DID or another complex dissociative disorder (Tutkun, Yargic, & Şar, 1996). In other cases, PD is the expression of an underlying trauma-related structural dissociation that is momentarily decompensated in a patient that usually has only subtle dissociative symptoms.

3. Treatment of dissociative psychosis

3.1. General comment on the treatment of dissociative psychosis

Treatments of dissociative disorders and of psychotic disorders are different. There is very little literature on the treatment of PD. However, there are recommendations that the structural dissociation should be taken into consideration in the treatment and that hypnosis could be useful (Van der Hart et al., 1993; Van der Hart & Spiegel, 1993). Medication can also be useful in certain situations and necessary in others. Van der Hart and Spiegel (1993) even consider that the use of hypnosis could help with a differential diagnosis between PD and a non-dissociative psychotic episode. Furthermore, the main goal of the psychological treatment of PD is to understand the symptoms and the inner world of the client. As Van der Hart et al. (1993, p. 10) state: "Hypnotic procedures may help therapists enter the patient's world, join and utilize the patient's idiosyncratic symbols and cultural symbology to transform this

inner world.” Thus they refer to the case of an ultra-orthodox Israeli Jew for which they present a brilliant treatment of a PD.

There is a general recommendation that the treatment of dissociative disorders, as well as other complex trauma-related disorders, should follow a phase model (ISSTD, 2011; Van der Hart et al., 2006). Phase 1 targets stabilization, security in real life, symptom reduction, learning of affect regulation skills. Phase 2 targets the integration of traumatic memories and EPs, while phase 3 aims at the re-integration of the whole personality and rehabilitation. Nevertheless, crisis intervention such as in the treatment of sudden PD may require that this recommendation be adjusted. The use of hypnotherapeutic techniques (for example: Kluff, 2012) may help enter the patient's world in order to be able to calm or adjust the related EP(s) as fast as possible, without going through a potentially long stabilization phase. We recommend the informed consent of and a formal agreement with the patient before using deep hypnotic trance.

3.2. Hypnosis and the treatment of dissociative psychosis

There are many techniques developed for the treatment of dissociative disorders and most of them stem from hypnosis or are true hypnotherapeutic techniques. They may also be useful for the treatment of PD. Treatment of such complex disorders should be individualized and can hardly be replicated. Nevertheless, there are certain basic techniques that are necessary for the treatment of such disorders. We present several techniques that have been useful in the treatment of the case we will later present.

3.2.1. Pacing and leading

Working with severely traumatized patients has been described by Nijenhuis (2017) as a dance: a continuous attempt to go forward by sometimes going to the left, sometimes to the right and sometimes backwards. This is Nijenhuis' definition and metaphor of *pacing and leading* (Grinder & Bandler, 1976). In Eriksonian hypnotherapy a core concept is to be close to the client's experience and feelings (pacing) before suggesting any change (leading). It is believed that clients will better open up for change after they have felt a deep understanding from their therapists. For therapists working with patients with DID or other dissociative disorders, the technique of pacing and leading is more than a technique and should be a common working habit. The strong avoidance tendencies of the ANP indeed require a great deal of pacing, more so than in the case of other pathologies that are not trauma-related. In such cases of complex trauma-related disorders, pacing implies for the therapist to be authentically attuned to the patient and to his or her past and present suffering. We believe that compassion on the side of the therapist can help him/her feel the need of the patient and make the patient feel truly understood by the therapist (Reddemann, 2016). Therefore, in the treatment of such pathologies, pacing should not merely be a technique but an attitude as well.

3.2.2. Testing the hypothesis of a structural dissociation

When the hypothesis emerges that a structural dissociation may explain the symptomatology, the therapist should look for a possibility to explore this issue. The core idea is the following: does the patient consider the symptom to be his or hers or to be something coming from within, but which is not really his/hers? The therapist should ask questions to explore these possibilities, that is, to explore the sense of agency. In cases of PD, the ANP may be so severely intruded upon by one or more EPs that she/he may be thinking or acting like the EPs. It may take time and strategy (using pacing, for example) to get to the point where the ANP can say that the symptom is not her/his action but the action of an EP. Again, the avoidance tendencies of the ANP sometimes makes this goal difficult. A basic question is: “is this symptom (X) yours, or is it something

that is there and comes from within you, but is not really yours?” The therapist should wait for statements from the patient that would create an opportunity for the therapist to ask such a question. The therapist should also be careful in the choice of words: it is preferable to choose the words that the client used. The metaphor of a dance with the patient is indeed particularly helpful here.

3.2.3. The use of symbols

Individuals with a structural dissociation, as ANP, tend to avoid the EPs and their contents. Therefore, it can be useful to propose to the client in his/her ANP to symbolize the EP or its content, or related symptoms. For example, in the case of a symptom whose origins are most probably those of a structural dissociation, a therapist might propose that the client symbolizes the EP producing the symptoms: “If this symptom (X) were a symbolic figure, what would it be?” In doing so, the therapist is able to get around the avoidance of the ANP for the EPs, and the symbolization creates a certain protective distance between the ANP and the EP. For some patients, it may be more acceptable to talk to a symbolic figure than to a part of themselves.

3.2.4. The use of imagery

The use of imagery has been a standard since many years in the treatment of dissociative disorders (Kluff, 2012; Nijenhuis, 2017; Phillips and Frederick, 1995; Van der Hart, Steele, & Boon, 2017; Watkins & Watkins, 1997). In the few cases of treatment of PD that are available in the literature (Van der Hart et al., 1993), imagery is also a standard technique. There may be as many ways to make use of imagery as there are combinations of dyads patient-therapist, that is, an infinity. The creativity of the patient and of the therapist makes every therapy unique, especially in regard to the use of imagery. Readers will find in the above references many useful imaginary exercises they can use in, or adapt to, specific cases. In the following clinical case, we mainly used imaginary exercises proposed by Reddemann (2011; also Piedfort-Marin & Reddemann, 2016), in particular the soothing of the “inner child” (i.e. an EP). This technique is structured in the following way: (1) compassionate acknowledgement of the trauma and the related suffering of the child, (2) bringing the ‘inner child’ into an imaginary safe place, and (3) the ANP or imaginary figures comfort the ‘inner child’. By doing so, the client in her ANP gets closer to the EP, but with little sharing of the trauma-related material at this point. More sharing of trauma-related material would be a good solution in the second phase of treatment with the aim of integration of traumatic memories and EPs, but it may not be recommended in phase 1 of the treatment or in a crisis intervention whose goal is to bring the patient back into a compensated state.

4. A case of postpartum dissociative psychosis

The use of the above-mentioned techniques and the theoretical concepts presented earlier in this paper will be best understood in a case study. I will now present the case of Mrs. C. who developed a dissociative psychosis after a traumatizing delivery.

4.1. Case presentation: Mrs. C.

Mrs. C.¹ is a 35 years-old client with a university degree, from a wealthy family, who experienced sexual violence from an older

¹ The client has given permission to the author to have her case depicted here. Initial and autobiographical information have been modified to preserve secrecy. This case has been briefly presented in a French article: Piedfort-Marin, O. (2019). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Annales médico-psychologiques*, 177, 788–795. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.013>.

cousin when she was a child, as well as several intrusive medical treatments early in life. She first consulted me for relational and sexual difficulties with her husband. Previously, she had consulted a colleague for the same reasons who treated her with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2001, 2017) targeting the sexual molestations. The therapy ended positively, but a year later she realized that her difficulties were not completely over, and she decided to go to therapy again but with another therapist. Since Mrs. C. had a positive experience with EMDR, she wanted to carry on with this method, and I had no objection to this.

4.2. The main therapy of Mrs. C.

EMDR therapy (Shapiro, 2001, 2017) is based on the adaptive information processing (AIP) model. The hypothesis is that in a traumatizing or stressful condition, the memory of the related event will be dysfunctionally stored in memory networks and this will lead to related symptoms. Under the activation of the natural curing mechanism of the AIP, following a specific protocol and using bilateral stimulation (BLS) like moving the eyes from left to right, the memory of the disturbing event will be reprocessed, leading to its functional storage in adaptive memory networks and the decrease or disappearance of related symptoms.

Mrs. C.'s psychotherapy with me encompassed 50 sessions over a year and a half. The treatment consisted mainly in EMDR sessions, targeting the sexual molestations, then difficulties in the relationship with her mother, and several early intrusive medical treatments. All of these events could be reprocessed successfully. It appeared that the reprocessing had not been completed with the previous therapist, nor all events targeted, constituting the probable reasons for the partial relapse a year later.

During the reprocessing and the use of BLS, the client expressed strong emotions. It was difficult to assess whether she was an emotional individual who expresses her emotions very strongly but still regulates them (personality traits of the ANP), if the ANP was strongly intruded upon by an EP with some level of autonomy, or if a full switch had occurred from the ANP to an EP. Exploration of the situation made it clear that the client was not switching. I remained doubtful during many EMDR sessions, wondering whether I was witnessing the intrusion of an EP that could be too strong for the EMDR treatment as such to be truly successful, or not. Several authors (Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010; Van der Hart, Groenedijk, Gonzales, Mosquera, & Solomon, 2013, 2014) insist on the adaptation of the EMDR treatment in case of severe structural dissociation of the personality, which happened not to be necessary in this case. The fact that the client was able to bear the strong emotions she was experiencing during reprocessing and that the symptoms were decreasing at a regular pace at the same time was decisive. At the end of each EMDR session, she could easily stabilize her emotional state, which had been high during the EMDR processing. After targeting the sexual abuses by the cousin, the sexual difficulties with her husband disappeared rather quickly. The patient then decided to focus on other situations, amazed by the potential of EMDR therapy. Reprocessing situations of early disturbances in the relationship with her mother and early medical interventions had a positive effect on the relationship between the client and her husband as well as with her mother. After 50 sessions, the client felt transformed and the changes seemed well-established, as a three-month follow up between the last two sessions showed. At the end of the therapy the couple had decided to have a child and Mrs. C. became pregnant soon after.

4.3. An emergency telephone call

A year later, Mrs. C. and her husband phoned me to ask for advice. One month before this phone call she had given birth to

twin girls in dramatic medical conditions. A car accident prematurely activated the birth process during which the life of the mother and the children had been severely endangered. This was indeed a traumatic experience for Mrs. C. The husband, who witnessed it all, described his symptoms over the phone and there was no doubt he had developed an acute stress disorder that could possibly develop into a post-traumatic stress disorder (PTSD). On the phone Mrs. C. was very disturbed and described severe enduring symptoms of depersonalization that she herself named dissociative. She mentioned other phenomena that frightened her but refused to talk about them on the phone. She was thinking of a hospitalization for the "dissociative symptoms", had contacted several psychiatric clinics to see if they proposed a special treatment for her condition, but had no positive answer to this moment. She asked for my advice on this matter. Feeling that the patient needed some containment and reassurance, making the hypothesis that her husband could not be as supportive as he usually was due to his own symptomatology, and having a little time at disposal, I attempted the following intervention:

THERAPIST: "Do you know who the most trained specialist in dissociation in town is?"

PATIENT: No, I don't.

THERAPIST: You are talking to him right now."

There was a moment of silence, then the client burst out laughing. I could feel that she was somehow relieved. Of course, I would not recommend this sort of narcissistic-seeming intervention at any moment with just any client. This intervention was effective for the following reasons:

- the client knew the therapist and trusted him. She also knew that he could acknowledge his mistakes and apologize for that;
- the patient needed containment and reassurance to better face the chaotic condition she was in;
- she needed to know that she was in good hands, as a counterweight to the negative answers from the psychiatric clinics;
- the fact that the intervention was made in the form of a question and with humor attracted the attention of the client and likely made a greater impact than a simple statement such as, "don't worry, dissociation is my specialty."

The telephone call continued:

THERAPIST: I believe it is better if we see each other so that I can assess your situation properly before deciding if a hospitalization is necessary. What do you think?

PATIENT: I agree. But I have difficulties to trust people these days.

THERAPIST: I understand. Then, remember the work we did together and also the less easy moments and the moments when I made mistakes.

PATIENT: Yes, I can do that.

In this last intervention, I acknowledged the client's difficulties with trusting others. I did not reassure her directly but reminded her of the good *and bad* moments in our previous work. In so doing, I instilled the idea that we had already surmounted difficult moments when she had difficulties trusting me and when I committed errors. Indeed, in the past, there was a specific moment when the client felt mistrust on my behalf. She could bring up the problem, which we discussed. I acknowledged the difficulty and took responsibility for my own counter-transference issue. This led to more trust towards me and a better collaborative relationship between us. Therefore, during the telephone call, my unspoken

message was: 'You may be right to mistrust people and something positive may come out of it, just like it has in the past'. A session was organized for the next day.

4.4. First session: assessment and motivational interview

The client was relieved to see me on such short notice and she stated right away that the telephone call was very helpful for her and also for her husband. The fact that I said I was the specialist on dissociation in town was a relief for them, she said. She agreed to talk about her symptoms. Mrs. C. stated that she had been "depersonalized" constantly for two weeks. Right after the birth of her twin children, happiness prevailed, and she would not think so much about the terrible moment of the delivery. But two weeks later she started to feel depersonalized and this increased rapidly. Because of this, she could not be as close to her children as she wanted to, and this feeling of depersonalization made her highly stressed and exhausted. Sleeping difficulties were added to this. When asked about the other symptoms she would not talk about over the phone, the patient described two types of problems. (1) She said that she understood "the links between things". For example, if she easily found a parking space for her car, she felt that this meant something special, that this was a message sent to her. She also described having "mystical ideas on the meaning of life" but failed to elaborate. (2) There were periods of time when she believed that her children and her husband were plotting against her. She also felt that she could not be sure whether she could trust her friends anymore, and she did not know whether they had good or bad intentions towards her. She said that there were moments when she believed that her husband was "making things up with my friends, so that people think I'm crazy." Furthermore, she added: "A part of me says 'Don't tell him [the therapist] that!', and this part doesn't believe in the plot".

In summary, referential delusions and persecutory delusions are the main symptoms, associated with significant disturbance. There are also auditory hallucinations in the form of voices. These symptoms are typical of a psychotic disorder. The client is also agitated and has a great lack of sleep. This may be diagnosed in the DSM-5 (APA, 2013) as a Brief psychotic disorder with marked stressor and postpartum onset (code: 298.8). Considering Mrs. C's trauma history, as well as my former doubts during the EMDR therapy regarding the extent and the severity of a structural dissociation of her personality, one may consider a possible structural dissociation as etiology to her present symptomatology. If this is the case, we should view the symptoms as the expression of one or more EPs. At this stage it is crucial to make a differential diagnosis: brief psychotic disorder with marked stressor versus dissociative psychosis. The choice of treatment could indeed be very different.

Mrs. C. then said something meaningful in regard to a differential diagnosis and I used the opportunity to explore more deeply the hypothesis of a DP. Here is what she said:

PATIENT: There is something happening in me and I don't control it.

I understand here that the ANP is possibly talking about one or more EPs

THERAPIST: So, there is something in you that comes out, with these ideas of plot and these mystical ideas. And there is you who does not really or not completely agree with these ideas? And the way it comes out changes according to your energy level?

I summarize what the client has been telling me until now in the session, in regard to her last sentence.

PATIENT: Yes, this is correct.

THERAPIST: And your energy level is very variable these days.

PATIENT: Yes indeed. I sleep badly and I have to feed my children.

After this set of two "yes", I try to make a proposition.

THERAPIST: So you, the adult – if I may speak like this – you don't really have the same opinion as these ideas?

PATIENT: (mimic of hesitation)

The client's hesitation obliges me to change my proposition to ensure we stay attuned.

THERAPIST: Can we say that there is a struggle in you, then?

PATIENT: Yes, that is more like it.

THERAPIST: And sometimes you agree with these ideas and sometimes not?

PATIENT: Yes. Something like this.

The pacing seems difficult, the patient is not quite following me on this point, so I try a very direct and straightforward intervention that will force the client to take a clear position. I allow myself to make this intervention because, at this moment, according to what Mrs. C. has been telling me during the first part of the session, I believe to know what the answer will be, and I have little time at my disposal to make a differential diagnosis and to take the relevant decisions (type of treatment, hospitalization, reference to a psychiatrist).

THERAPIST: Right now, as you are in front of me, do you think that your husband and your two babies are actually plotting against you?

PATIENT: No! But the idea is there, even if it is not as strong now as in other moments.

I now have a clear position from Mrs. C., but the last part of the patient's answer needs pacing.

THERAPIST: But this idea emerges sometimes and then you don't really know what to think?

In my sentence I clearly propose a model of a structural dissociation: "this idea emerges" = EP; "you don't really know" = ANP, "what you should think" = intrusion from the EP in the ANP weakens the ANP.

PATIENT: Yes, it is more like this. And sometimes I have the feeling this could take over.

I am attuned again with the client. Pacing is working well. We both agree on the analysis and on a model of a structural dissociation. At this moment I feel an urge to address the emotional effect of these symptoms (compassion).

THERAPIST: This must be very disturbing and demanding a lot of energy.

PATIENT: (cries) Yes!

THERAPIST: (nodding with compassion)

We have a consensus and the client's avoidance tendencies seem lower now. It is time to propose a change (leading).

THERAPIST: I believe we can try an intervention without having you hospitalized. What do you think?

PATIENT: I like that. (consensus gain)

THERAPIST: Do you think you can trust me enough?

The persecutory delusions could be a problem for the therapy. PATIENT: I think so. I know you.

THERAPIST: I would need to bring you into a light hypnotic trance to make the treatment easier. Do you think this is possible? (I am looking for informed consent).

PATIENT: I can try.

Here we again have a consensus. The client is willing to try, which is all it takes to begin.

In this dialogue we see that the pacing is not always easy. This is probably due to the fact that I am too impatient, willing to assess the client as quickly as possible, since we must decide whether a hospitalization is needed and if medication is necessary. I try to get as close as possible to the client's subjective experience. She is very disturbed by her symptoms and tries to describe them as truthfully as possible. I do not find her defensive as some clients may be when one tries to assess a possible structural dissociation, but slight avoidance tendencies, typical of an ANP, are noticeable.

At the end of this session, my differential diagnosis goes in favor of a dissociative psychosis, based on the following findings:

- referential delusions;
- persecutory delusions;
- auditory hallucinations in the form of voices commenting her actions;
- severe depersonalization;
- these symptoms are associated with anxiety and significant disturbance;
- Mrs. C. has no history of psychotic episode but is known for a history of early traumas and sexual molestations during childhood.

My hypothesis is that Mrs. C.'s symptoms are the expression of one or more EPs. In her ANP she is too weak to be able to fight or avoid the severe EP's intrusions. The accident, the dramatic delivery, and the life threat to herself and to her children, the short nights and the depersonalization have exhausted her. One or more EPs intrude upon her with phenomena that are categorized as referential and persecutory delusions, as well as auditory hallucinations (voices commenting her actions). Even though I know Mrs. C. very well, at this moment I have no idea what types of EPs these may be, what they wish to communicate, nor by which action systems they are mediated. I believe I know all the traumatizing events she went through in her life and I hope that I will not be surprised by the emergence of other traumatizing events. I propose that she consults a psychiatrist I know well, so that he can prescribe medication if needed.

4.5. Second session: exploration of the symptoms

The client has written some notes to remind herself that she can trust me. On this piece of paper she also wrote down the episode where I apologized for a mistake I had made. We start with a simple relaxation exercise using an imaginary safe place associated with a state of relaxation. Mrs. C. is nervous but can picture herself in a forest in the mountains. She relaxes sufficiently and I induce a more sustained relaxation: "during the time of our work today, you will continue to feel the contact with the forest in the mountains and its relaxing effect." We can now start to work on the symptoms.

THERAPIST: Can you get in contact with this force that emerges with the idea of a plot against you? Maybe it has a symbolic form?

PATIENT: Yes, I feel it, I see it. It is a big black shadow. It comes upon me! (The client is panicking).

THERAPIST: Tell her to stop!

PATIENT: Yes, she's stopped. (The client looks surprised).

This is an important moment in this session because the big black shadow, in my understanding a symbol of an EP, has obeyed the client's demand. Many clients in their ANP are afraid of EPs because they come out with disturbing symptoms and are linked to traumatizing events which the ANP has learned to avoid in order to

better function in daily life. But few clients in their ANP consider that at least some of these EPs may want to cooperate with the ANP and/or help her. So here is the time for an important intervention that should weaken the avoidance tendencies of the ANP.

THERAPIST: Ah! This is interesting! (transforming the patient's surprise into exploration) *So, she listened to you.*

PATIENT: (nods)

THERAPIST: She did what you asked her to do.

PATIENT: (nods, surprised)

These two interventions give more mastery to the ANP. The ANP agrees twice and is surprised, so she should be more receptive for a proposition of a change (leading) in the form of an invitation, out of respect for the ANP's fear and avoidance tendencies.

THERAPIST: I invite you to ask her what she wants.

PATIENT: She says that she must protect me.

The ANP and this EP have started a dialogue together, which is a very good sign of cooperation. This EP is a protector type.

THERAPIST: She must protect you. This is interesting. (again, supporting exploration) So she is on your side, is this correct?

PATIENT: Yes. This is strange but it looks like it.

THERAPIST: Can she say what she wants to protect you from? I lead into some content related to the EP.

PATIENT: She doesn't trust my husband because he knows many things that I don't know.

THERAPIST: She says that your husband knows many things that you don't know.

I simply repeat word for word what the patient has said. This is pacing in its purest form and is very helpful when the therapist and/or the client do not understand what the EP is trying to achieve or when they cannot link it to any other material.

PATIENT: Yes. In fact, when my cousin molested me, I could finally stop this when I knew something he didn't know. At school we had just learned that AIDS can be transmitted during sexual intercourse. So, I told him we could catch AIDS and after that he stopped right way. I didn't really know what AIDS was at the time, but I had the impression I knew something he didn't know and therefore I could take the power over him and the abuses stopped.

The client was able to discover by herself the link between the EP's actions and a very specific moment of her trauma history. When she was a child, she learned that knowing more than others was protective. This EP probably still believed this.

THERAPIST: So, this makes sense to you, the adult, now?

PATIENT: Yes, completely. I had forgotten this part of the abuse.

THERAPIST: So, this part of you has learned that knowing more than the others is a protection against dangers?

PATIENT: Yes, that's it.

THERAPIST: And she continues to protect you.

PATIENT: Yes. (Good attunement with two affirmative replies)

THERAPIST: What do you think about thanking her for having stayed there all these years, somewhere within you, to protect you?

Instead of doing more detailed trauma integration, I propose an intervention that aims at improving the dynamic between the ANP and this EP, which is typical of phase 1 work. I base this intervention on [Reddemann's work \(2011, also: Piedfort-Marin & Reddemann, 2016, p. 162\)](#). The aim is to acknowledge the positive goal of an EP, to make the ANP better known to the EP, then to negotiate in a way that the EP accepts to engage in new actions that are less disturbing for the ANP and better adjusted in the ANP's life. This technique helps both the ANP and the EP to get closer to each other, which goes in the direction of integration.

PATIENT: Yes, I can do that.
 THERAPIST: Tell her that you thank her for being there and for being willing to protect you.
 PATIENT: (concentrates)
 THERAPIST: And that what she did was very useful back then.
 PATIENT: (nods, tears flow)
 THERAPIST: And now I suggest you ask her how old you are.
 PATIENT: (surprised) ... She tells me that I am 12 years old.
 THERAPIST: Tell her you are 35 years old.
 PATIENT: She is surprised. She becomes smaller now.
 THERAPIST: Tell her that you have a driving license, a job, children, a house.
 PATIENT: ... She is really surprised.
 THERAPIST: Now I suggest that you stay in closer contact with her. Because now you are an adult woman and you can defend yourself just the way you are. So, this force can hold back and intervene only if you – the adult – needs it. Discuss this inside and look at what is possible.
 PATIENT: She sees as well that I am a tall and strong woman now. I do martial arts actually (laughs). ... She accepts to withdraw. I feel lighter now.
 Thus, it appears that this EP was responsible for the persecutory delusions. The intrusions of this EP seem solved. However, I wonder if the referential delusions stem from this EP or from another one. As a reminder, the client has beliefs that certain environmental cues are directed at herself: for example, when she easily finds a parking space for her car, she feels that this means that a message is sent to her personally; she believes that she understands “the links between things”; she also mentioned having “mystical ideas on the meaning of life” but fails to elaborate.
 THERAPIST: And these mystic ideas, do they have to do with this force?
 PATIENT: No. It is something that reassures me, gives me strength and contains me. It has always been there but was never disturbing as it is now.
 We are indeed in the presence of a second EP. I decide to explore this now as the session is flowing well and we still have enough time.
 THERAPIST: Why has this force become stronger recently? Do you know it?
 I explore a possible trigger that recently may have activated this EP.
 PATIENT: Yes. Because I almost died. And if life had no meaning, it would be dramatic to die. All spiritual things have become more intense around the birth of my children.
 THERAPIST: And do you know how long this has been here?
 I investigate the conditions of this EP's appearance.
 PATIENT: It appeared when I was about 18 years old, when I was in contact with people who were very spiritual, in the church I was in back then. It was a very difficult time for me and these people and their spiritual beliefs reassured me.
 THERAPIST: I understand that the 18-year-old girl was very disturbed by different things and that she had had a difficult adolescence, and that her family did not understand and maybe did not see what was going on with her. So, she looked for help outside of her family and she found help at church.

The aim of this longer intervention is to acknowledge this second EP so the EP can hold back and decrease its actions. I do not go into detail (“different things”), to avoid triggering too many memories of difficult moments. The client is not in a situation when she can integrate traumatizing events. Here again the aim is to calm the activated EP. To do so the best way is to acknowledge the EP and its will (Nijenhuis, 2017). Compassion is needed for a

better contact with the EP (Reddemann, 2011; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016). During this intervention I observe the client's facial expressions carefully. Her nodding gives me the signal to continue my intervention. Had she stopped nodding, I would have changed and adjusted my intervention.

PATIENT: Yes (tears flow). What you say has an impact on her.

I did not ask but understood that it was a positive impact. Because the session was leading to its end, I did not ask for details. With more time at disposal, asking what kind of impact it has on the EP would have been a solution. It would probably have reinforced the positive impact and made the client in her ANP feel better. Due to lack of time, I propose the following intervention that should be useful for the client when she returns home until the following session. It is important to give clients tools that they can use when they are at home. This strengthens their autonomy and responsibility.

THERAPIST: I propose that you bring this 18-year-old girl to an imaginary safe place where she can feel reassured and contained.

Bringing an EP into a safe place is a classic intervention (Steele, Boon, & Van der Hart, 2017, p. 174). I use the intervention as mentioned earlier in this paper: (1) compassionate acknowledgment of the trauma and the related suffering, (2) bringing the EP to a safe place, and (3) comforting the EP. I use the exact words the client used earlier when she expressed the need of the 18-years-old girl: the need to be *reassured* and *contained*; it is indeed important to be as close as possible to the need of the client as EP.

PATIENT: Yes. And there is a school nurse with her.

In my own representations, a school nurse may not be the most comforting figure, so I ask specifically. The client's mother lacked comforting abilities. I want to make sure that the ‘inner child’ (EP) is given what she needs, which is to be comforted. That is, I want to be sure that the client in her ANP can imagine the EP being comforted.

THERAPIST: Does the school nurse comfort her?

PATIENT: Yes, like a mother. ... Now she doesn't need to find meanings in the things of life. She is well just at it is.

Interestingly a change occurred automatically for the EP. This protocol of “soothing the inner child” allowed the EP to change her actions. She does not need to engage in the mental actions of mystic ideas anymore. They were the way that the 18-year-old girl discovered to deal with the severe difficulties of her adolescence. The client is asked to re-orientate herself in the room. She feels well and we are able to close the session after she has been advised to think of this safe place regularly.

4.6. Third session: deepening of the work with the protective EP

Four days later the client felt much better. She met with the psychiatrist I had recommended and, seeing the rapid improvement, he prescribed only a light dose of lorazepam to improve sleep. In the end, the client took it only a few times. The symptoms had decreased even if they were still present and had increased for a limited time under specific stressful conditions. The persecutory delusions (plot from the husband and the twin babies) were present only the day before this third session and the client said

she could deal with them well by communicating with the EP. The referential delusions (“mystic ideas”) were still present but much less intense. The client found these ideas funny. The client wanted to continue the work and concentrate on the EP involved in the persecutory delusions.

When asked to make contact with the EP that I called “the protective force which perceives plots”, the patient mentioned seeing it smaller than in the previous session. The form was sprawling, black and sticky. We explored the actions of this EP. The client was confident and she did not need my leading as she had during the previous session. The work had a good flow, the client doing most of the work on her own.

The client in her ANP discovered that the EP did not wish to give up on one thing. The husband did not want the client to breastfeed their children, which strengthened in the EP the belief that the husband wanted to take a dangerous leading role over the client in the care of the children. It appeared that it was a misunderstanding: the husband was in fact in favor of breastfeeding but worried because his wife was very tired by the depersonalization and the related anxiety, the lack of sleep, as well as by her taking lorazepam (even though in small doses). The client in her ANP explained this internally to the EP, which expressed relief.

Yet another issue emerged: “the force thinks that my husband is more competent than me.” At this point I made a more directive intervention:

THERAPIST: Yes, this force is protective. It is afraid that someone could hurt you, and indeed this has happened in the past. She was quiet for many years because you were strong. But since the birth of your children you are weak. The delivery was traumatizing and it destabilized you, weakened you. You have less strength now. So, this force came out to protect you again. Maybe you could now tell her that, even though you are weak at the moment, you are still a tall, 35-year-old woman who practices martial arts, that this weakness is temporary and that it will go away, also if the force holds back.

This intervention aimed again at acknowledging the role of the EP (protecting the ANP and the whole system), acknowledging the difficult situation and the good reason why the EP came forward. It also gave the EP some responsibility and extra motivation to withdraw, after an emphasis on presentification. The intrusions of the EP in the ANP indeed weakened the ANP. This could be a vicious circle and the last sentence of the intervention addresses this point.

4.7. Epilogue

A week later, the client started the fourth session with a happy “I feel much much much better!” When we explored the symptoms of the previous week together, we noticed that there were no symptoms with psychotic features. She was sleeping well and as much as possible for a mother who was breastfeeding her children. She was able to take care of the children without any difficulties and to share their care with her husband without any inner struggle. The client decided to talk to her mother about her own birth, which was traumatizing as well. She said they had a lovely discussion together and were able to share something very special in their role as mothers. Mrs. C. finally stated that she now had more self-confidence.

At the fifth session, a week later, the client stated that she felt very well. For the second consecutive week she had neither symptom with psychotic features nor any depersonalization. Her energy was back to normal, she was joyful and slept well without medication. The couple made some changes in their financial arrangement and in their share of daily duties, so that they both now had a feeling of better equality and mastery. The patient

understood that she needed to do more work on specific traumatizing situations we had overseen previously in the main therapy. We thought that it would be good to wait a few months, so that she could enjoy the care of her children for the time being.

Now that the client was stable again and her DP cured, the husband could undergo psychotherapy for his PTSD following the dramatic delivery he had witnessed. He was indeed scared he could lose his wife and/or his children. He had this therapy with me. Five sessions of EMDR therapy were very effective and all PTSD symptoms disappeared.

Subsequently, Mrs. C. came back to therapy to treat the remaining traumas that had been overlooked previously in the main therapy and that the traumatizing birth of her children had reactivated. We chose a soft approach so that she would not be destabilized after the sessions and could continue taking care appropriately of her twins, which is very demanding. In this situation, EMDR therapy was therefore not a good option in my view. Knowing that this client reacts to EMDR therapy with intense emotions, there was too great a risk of destabilizing her, a risk that none of us wanted to take at this stage.

I proposed the technique that had been efficient in dealing with the DP: soothing the “inner child”. This technique relates to trauma integration to some extent but does not directly address the deepest pain of the trauma. Furthermore, the client keeps a degree of control in comparison to EMDR. The therapist can also better adjust the pace of the work. Therefore, it can be considered as half-way between stabilization and trauma integration. The client accepted my proposition and we worked ten sessions until she felt very well and terminated the treatment.

Two years after the end of this treatment and two-and-a-half years after the DP onset, Mrs. C. had no symptoms with psychotic features nor depersonalization. She is happy in her life and her children seem to be well. She states that the relationship with her husband is happy as well.

5. Discussion

There are only very few examples of treatment of DP in the literature and even less of postpartum DP (Moleman, Van der Hart, & Van der Kolk, 1992; Şar et al., 2017). This case reports a treatment of a postpartum DP. Dissociative pathology may indeed arise following traumatic labor, possibly in women with risk factors (Vismara, 2017). This brief treatment is based on the TSDP (Van der Hart et al., 2006) and uses hypnotherapeutic techniques, in particular hypno-imaginative techniques. One can think of other treatment approaches to such a clinical case but we doubt that they would have been as efficient, fast and cost-effective. For example, we could have addressed the traumatic birth of the patient and how it may have been related to the symptomatology, which emerged after her own dramatic delivery. However, exploring the symptoms without any *a priori* – which is our recommendation (Nijenhuis, 2017) – led to other issues and a fast resolution of the delusions and the depersonalization. It was possible to treat the client without heavy medication nor a hospitalization that may have profoundly damaged the mother-children relationship.

Nevertheless, we must keep in mind that the following factors positively influenced the course of this treatment:

- the therapist knew the client well;
- based on previous observations and hypothesis, the therapist considered very early on that the patient might have a structural dissociation of a more serious nature than had been considered in the previous treatment;
- the patient and the therapist already had a good, trustful relationship and could therefore target the problem right away,

with no time spent on first building a solid therapeutic relationship;

- before seeking treatment, the patient had phases when she could maintain some critical judgment regarding her delusions, probably because of her high education and previous therapeutic work;
- the patient sought treatment very early after the DP's onset. Waiting a few weeks longer would have most probably increased the severity of the DP;
- this case of DP is of medium severity. In other cases, for example when an EP takes a full executive control over the ANP, things can be more complex and may need a longer therapy, possibly a hospitalization, medication, and/or other specific therapeutic techniques.

We should also keep in mind that the treatment (the crisis treatment and the 10-sessions treatment that took place a little later) aimed at stabilizing the inner system (the ANP and the EPs) rather than at fully integrating the EPs and their related traumatic memories. In this family context, with a mother having to take care of two infants and the husband himself traumatized, I consider that it was the most appropriate choice. But this choice was not planned. We explored the symptoms during the second session of the crisis intervention and this exploration led to the client integrating some elements of the sexual assaults and of later disturbing moments at adolescence, elements which she had previously not (fully) integrated. The ANP and the two EPs could thereafter engage in a closer and more constructive dynamic, which led to the drastic decrease of the symptoms soon followed by their disappearance, also at a follow-up period of two and a half years.

We did not assess the hypnotizability of the patient, nor did we actually use a deep trance. A light trance was enough to get access to the dissociative structure, i.e. the EPs related to the symptoms. Standard hypnotherapeutic techniques that are not based on the TSDP can have a calming effect on patients with DP but their impact on the dissociative structure may be limited (Van der Hart et al., 1993). DP should be considered as a dissociative disorder; therefore, the treatment should indeed address the structural dissociation of the personality for a better outcome.

6. Conclusions

In this paper we presented a case of postpartum DP treated with a psychological therapy. This demonstrates that the psychological treatment of this disorder is possible, at least in some cases. Another aim was to acknowledge the utility of the TSDP in the conceptualization of DP and the use of hypnotherapeutic techniques adapted to the TSDP.

According to several authors, DP disappears spontaneously after a period of a few weeks (Follin, Chazaud, & Pilon, 1961; Hollender & Hirsch, 1964). It is unclear whether the conclusions of these authors are based on a truly spontaneous cure or due to effects of safety measures such as hospitalization, rest, or medication. According to the TSDP a "spontaneous cure" of a DP should be understood as a switch among dissociative parts with the ANP taking back the full executive control over the EP (which had been in the forefront for a certain period of time, either with a full executive control or by severe repetitive intrusions). Therefore, a spontaneous cure of a PD without appropriate psychological treatment should be considered with caution. Long-term follow-up assessments are necessary to make sure that the person does not suffer from a more complex dissociative disorder (Tutkun et al., 1996) and/or that possible relapses can be ruled out. Other authors disagree with the short duration of DP and claim that DP can also

have a long duration if no appropriate treatment is proposed (Van der Hart et al., 1993). Therefore, the duration of the disorder does not seem to be a criterion (Sar & Öztürk, 2008) and its inclusion in brief psychotic disorder is thus inadequate.

There may be an agreement among clinicians that the etiologies of brief psychotic disorders and sudden onset of psychosis are poorly understood (Sar & Öztürk, 2008; Susser, Fennig, Jandorf, Amador, & Bromet, 1995). By contrast, DP can be defined by a dissociative etiology and as a trauma-related disorder, as proposed by Van der Hart et al. (1993) who base their definition on Janet's work (Witztum & Van der Hart, 2008). This etiology allows for a specific treatment approach and this case study confirms the utility of hypnosis.

The DSM-5 categorization does not mention PD, but in the chapter on dissociative disorders, it is mentioned that "some individuals [with DID] experience transient psychotic phenomena or episodes" (APA, 2013, p. 294) and that certain symptoms of DID may benefit from a differential diagnosis with a brief psychotic disorder (APA, 2013, p. 297). However, it does not recognize that dissociative symptoms can appear as a transient psychotic episode. To date it is still uncertain if the 11th revision of the ICD will include DP in the categorization system of the World Health Organization. Even if this disorder has attracted little attention in recent decades, clinicians should be informed about DP as a defined disorder with specific—and positive—treatment possibilities.

In the hopes of a full recognition of this specific disorder, different names have been proposed: Reactive dissociative psychosis (Van der Hart et al., 1993; Tutkun et al., 1996), Dissociative psychosis (Şar & Öztürk, 2009; Witztum & Van der Hart, 2008), or Acute dissociative disorder with psychotic features (Şar & Öztürk, 2009). Should a DP be a more chronic condition, it should probably be considered as part of a broader dissociative disorder such as DID or Other specified dissociative disorder (as in the DSM-5). All of these authors agree that this disorder should be in the section on dissociative disorder (in the DSM or in the ICD). This would not only clarify the dissociative nature of this disorder and its post-traumatic etiology, but also its psychotic presentation. On the other hand, since few clinicians are trained in dissociative disorders, such a solution may not prevent possible misdiagnoses.

Finally, further research is needed on the diagnosis and the treatment of dissociative psychosis. The literature on this matter is scarce. We hope that more articles will be published in the near future on the etiology of dissociative psychosis, as well as more case studies on its treatment.

Funding

The author did not receive any fund in relation with this article.

Disclosure of interest

The authors declare that they have no competing interest.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Auxéméry, Y. (2015). *Névrose et psychose : Quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ?* [Neurosis and psychosis: Which definition for contemporary psychiatry?]. *Annales médico-psychologiques*, 643–648.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Madison, CT: International Universities Press (first published in German in 1911).
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., et al. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 197, 892–898.
- Follin, S., Chazaud, J., & Pilon, L. (1961). *Cas cliniques de psychoses hystériques* [Clinical cases of hysterical psychosis]. *L'Évolution psychiatrique*, 26, 257–286.
- Freud, S., & Breuer, J. (2004). *Studies in hysteria*. London: Penguin Books (first published in German in 1895).

- Grinder, J., & Bander, R. (1976). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H Erikson, Volume 1. CA: Captita*.
- Hollender, M. H., & Hirsch, S. J. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1066–1074.
- International Society for the Study of Trauma Dissociation–ISSTD (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. [Psychological automatism: An experimental psychological essay on the inferior forms of human action]. Paris: Félix Alcan ; Société Pierre Janet/Payot (1973).
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes [Neurosis and fixed ideas], Vol. 1*. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie*, 1. Also in P. Janet (1911), *L'état mental des hystériques* (2nd enlarged, 922 ed.) (pp. 506–544). Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris: Félix Alcan (English edition: Psychological healing (2 vols.), 1925, Macmillan; New York, (Reprint: Arno Press, New York).
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. [The evolution of memory and of the notion of time]. Paris: A Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation [Realization and interpretation]. *Annales médico-psychologiques*, 93, 329–366.
- Kluft, R. P. (1897). First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293–298.
- Kluft, R. P. (2012). Hypnosis in the treatment of Dissociative identity disorder and allied states: An overview and case study. *South African Journal of Psychology*, 42–2, 146–155.
- Maleval, J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. [Hysterical Madness and dissociative psychosis]. Paris: Payot.
- Moleman, N., Van der Hart, O., & Van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180–4, 271–272.
- Moskowitz, A., Mosquera, D., & Longden, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: Historical, empirical and clinical perspectives. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 37–46.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France, 1914–1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). Boundaries on the concepts of dissociation and dissociative parts of the personality: Required and viable. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34(1), 55–85.
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). *The Trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control. Volume III, Enactive Trauma Therapy*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995). *Healing the divided Self*. New York: Norton.
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. [Psychotherapy of complex trauma: An integrative approach based on ego-state theory and hypno-imaginative techniques]. Bruxelles: Satas.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie – PITT, das Manual* [Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy–PITT, the manual]. (11th ed.). Stuttgart: Klett-cota.
- Reddemann, L. (2016). *Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien*. [Compassion, trauma and mindfulness in psychodynamic therapies]. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Quack, J., Korf, J., Paans, A. M. J., et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, 730–740.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reager, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 111–118.
- Ross, C. A. (2008). Dissociative schizophrenia. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 281–294). Chichester, UK: Wiley.
- Sar, V., & Öztürk, E. (2008). Psychotic presentations of Dissociative Identity Disorder. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 535–545). New York: Routledge.
- Şar, V., & Öztürk, E. (2009). Psychotic presentations of Dissociative Identity Disorder. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 535–545). New York: Routledge.
- Şar, V., Aydın, N., Van der Hart, O., Frankel, A. S., Şar, M., & Omay, O. (2017). Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects. *Journal of Trauma and Dissociation*, 18(5), 710–719.
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R. S., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., & Jäncke, L. (2013). Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54–64.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). Treating trauma-related dissociation. A practical. In *Integrative approach*. New York: Norton.
- Susser, E., Fennig, S., Jandorf, L., Amador, X., & Bromet, E. (1995). Epidemiology, diagnosis, and course of brief psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1743–1748.
- Tutkun, H., Yargic, L. I., & Şar, V. (1996). Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*, IX(4), 244–252.
- Van der Hart, O., & Spiegel, D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(3), 191–209.
- Van der Hart, O., Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 43–64.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: WW Norton & Co.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 81–94.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the personality and EMDR therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in phases 2 and 3 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48.
- Van der Hart, O., Steele, K., & Nijenhuis, E. R. S. (2017). The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 25–35.
- Vismara, L. (2017). Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 111–120.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. New York, NY: Norton.
- Witztum, E., Margalit, H., & Van der Hart, O. (2002). Combat-induced dissociative amnesia: Review and case example of generalized dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(2), 35–55.
- Witztum, E., & Van der Hart, O. (2008). Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 21–33). Chichester, UK: Wiley.
- World Health Organization (WHO) (1992). *ICD-10: Manual of International statistical classification of diseases, injuries and causes of death, 10th revision*. Geneva: Author.

ANNEXE G

Synthesis and Realization (Personification and Presentification): The Psychological Process of Integration of Traumatic Memories in EMDR Psychotherapy

Olivier Piedfort-Marin

University of Lorraine, Metz, France

Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

The theory of the structural dissociation of the personality proposes a precise description of the psychological phenomena involved in the integration of traumatic memories. According to this theory, memories are successfully integrated in a narrative—that is, stored in an adaptive memory network—when there has been synthesis of the different elements (affects, cognitions, images, sensorimotor reactions, behaviors) for each moment of a particular event, and when realization has occurred. Realization implies personification and presentification. Personification is the ability individuals have to feel that they have experienced (traumatic) events. Presentification is the ability to realize that the event took place in the past and is over now. In this article we present these concepts and how they relate to eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) psychotherapy and its underlying hypothesis of adaptive information processing. The article describes how EMDR therapists can use these concepts to better understand the reprocessing of their clients and possible blocking of this reprocessing. Understanding the concepts of synthesis, personification, and presentification makes it possible for EMDR therapists to choose the specific supportive interventions and cognitive interweaves that will best support the adaptive information processing. Such psychological phenomena should attract more attention in the future in EMDR clinical research and practice.

Keywords: EMDR (eye movement desensitization and reprocessing); theory of the structural dissociation of the personality; integration of traumatic memories; synthesis; realization; personification/presentification

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy (Shapiro, 2001, 2018) is based on the adaptive information processing (AIP) model. The hypothesis is that in a traumatizing or stressful condition, when the person is overwhelmed and cannot naturally process the information, the memory of an event will be dysfunctionally stored in memory networks and this will lead to related symptoms. Under the activation of a natural curing mechanism called AIP, the memory of the disturbing event will be reprocessed, leading to its functional storage in adaptive memory networks and the decrease or disappearance of related symptoms. Shapiro's model is indeed a neurophysiological model. Normally psychotherapy research focusses on trying to define psychological processes

to explain certain phenomenon, but EMDR's frequent rapid effect motivated researchers to raise questions concerning possible neurophysiological effects involved in EMDR therapy. Therefore, a great deal of research has been undertaken to understand the neurophysiology behind the curing effect of EMDR therapy (Harper, Rasolkhani-Kalhorn, & Drozd, 2009; Landin-Romero et al., 2013; Pagani et al., 2012; Rimini et al., 2016; Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht, & Hofmann, 2008). Such studies are helpful in understanding the general effect of EMDR therapy and uphold the clinical observations of the positive and often rapid effect of this treatment (Shapiro, 2014). Nevertheless human beings are not simply brains. The neurophysiological mechanisms as observed with diverse medical observation machines are

intertwined with the conscious and unconscious processes of an individual in a particular environment (Järvillehto, 2001; Nijenhuis, 2015). It may be beneficial for clinical practice to further explore the psychological processes active during EMDR psychotherapy. We need an understanding of *psychological* processes to be able to assess our clients, understand how the AIP model works for each individual, and develop more tools to adjust the EMDR therapy to each client, according to the psychological processes that we can observe in each of them.

The aim of this article is to present and discuss the clinical value in EMDR therapy of certain psychological key concepts in the theory of structural dissociation of the personality (TSDP; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006), that is, synthesis and realization. Realization includes personification and presentification. A clear understanding of the concepts of synthesis and realization may help EMDR therapists to better understand how the AIP model works with each individual and to adjust their interventions when needed. Clinical vignettes will illustrate how these concepts can be helpful in EMDR therapy.

The TSDP (Van der Hart et al., 2006) made a breakthrough in psychotraumatology in the early 2000s, going back to Janet's original work. This theory is often proposed as a way to optimize the use of EMDR therapy with patients who suffer from complex post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and dissociative disorders, in particular dissociative identity disorder (DID; Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010; Van der Hart, Groenedijk, Gonzales, Mosquera, & Solomon, 2013, 2014). Van der Hart et al. (2013, 2014) noticed that the AIP model and the TSDP use different vocabulary but have similarities. The precise understanding of how traumatic experiences involve a division of the personality into different parts is probably what has most attracted attention in the TSDP. Less attention has been directed in the EMDR community toward the concept of integration of traumatic memories, which is a core part of the TSDP. Because the TSDP, with its psychology of action, is a *psychological* theory, we believe it could be complementary to the neurophysiological AIP model of EMDR therapy.

In line with Janet, the TSDP postulates that, confronted with traumatizing event(s) and in absence of sufficient integrative abilities, an individual's personality will divide itself into several dissociative parts, failing to develop an autobiographical narrative memory of this event into the person's life. These dissociative parts are of two main natures: the apparently normal part (ANP) of the personality and the emotional part (EP) of the personality. The ANP is primarily

mediated by action systems directed at dealing with daily life. EPs are primarily mediated by defense action systems such as fight, flight, feigned death, submission, hypervigilance, and attachment action subsystems such as attachment cry. EPs are fixated on traumatic elements. Both the ANP and EPs constitute the whole nonintegrated personality. The ANP engages in avoidance of the EPs that might regularly intrude into the ANP in different ways. At the time of the traumatizing event, the individual did not have sufficient integrative abilities, which brought about a structural dissociation, which is maintained over time by the avoidance by the ANP of the EP and its trauma-related elements (phobia of traumatic memories).

The concept of integration is a specific focus of the TSDP. *Integration* is a word often used in psychotraumatology but rarely defined. The TSDP takes great care to define this concept precisely. According to van der Hart et al. (2006), integrative actions pertain to synthesis—a lower-order action—and realization—a higher-order action. Realization includes personification and presentification. Successful synthesis and realization by an ANP of a traumatic memory will lead to its integration and to the subsequent simultaneous fusion of the ANP with the related EP(s) into an integrated individual. To achieve this goal, the client will need to overcome a certain number of phobias (Van der Hart et al., 2006), since these phobias allowed the structural dissociation to be maintained and possibly reinforced over the years. The main phobias common to all treatments, even if with different levels of intensity, are the phobia of trauma-derived mental actions, then of the traumatic memories, and the phobia of dissociative parts of the personality. Intertwined with these phobias are the avoidance of synthesis and the phobia of realization. Traumatized clients may refuse to accept that they have experienced the traumatizing event(s) they have survived. A patient stated, "This cannot have happened, I am crazy to have such images!" The phobia of realization describes the avoidance tendencies of (mainly) the ANP toward the realization that the traumatizing event occurred and that the individual experienced the terrible event(s). This phobia (among others) may block the therapy. Furthermore, patients may embark on the difficult process of realization only to a certain point. Besides, one may not always be able to tell if a person has achieved realization to its full extent.

Because EMDR therapy is based on a neurophysiological model, EMDR therapists may lack a thorough understanding of the psychological processes also active in EMDR therapy. Therefore, in our opinion, EMDR therapists should pay closer attention to

the concept of integration according to the TSDP, because it provides a deeper understanding of the *psychological* processes active in the AIP. The concept of synthesis and realization can help therapists understand the phenomena involved in the treatment of trauma patients and may give EMDR clinicians tools to better conceptualize and finely adjust their interventions when needed.

EMDR therapy is based on an eight-phase protocol. Phase 1 (client history and treatment planning) and phase 2 (preparation and information about EMDR) are the preliminary phases. In phase 3, the EMDR therapist targets the chosen dysfunctionally stored memory in a structured manner. Phase 4 is the main part of desensitization and reprocessing, using bilateral stimulation (BLS). During phase 5, a positive cognition is installed, and in phase 6, the therapist verifies that all disturbances have been reprocessed with the help of a body scan. Phases 7 and 8 address respectively the closure of a session and the reevaluation of the previous session.

It is our understanding that the concepts of synthesis and realization are useful to EMDR clinicians working with all types of patients, not only when working in EMDR with complex dissociative patients. We will focus mainly on phases 3 and 4 of the EMDR therapy standard protocol and on the use of cognitive interweaves.

The Concept of Synthesis

Van der Hart et al. (2006) describe synthesis as the process by which “we perceive, link or *bind*, and *differentiate* (components of) our experiences” (p. 134). They differentiate core synthesis and extended synthesis. “Core synthesis involves binding together sensations, emotions, thoughts, behavioral action, and a sense of self within a given moment or situation, but also differentiating them” (p. 144). Extended synthesis relates to binding and differentiating situations and the subjective experiences of these events over time while creating a sense of self across time. Differentiating core and extended synthesis is relevant to psychotherapy and in particular to trauma therapy.

Core Synthesis

Core synthesis is achieved when the different elements of a traumatizing event—perceptions, sensations, emotions, thoughts, and behavioral actions—are bound together, allowing for a coherent sense of self at this particular moment. Core synthesis relates to the binding/differentiating of these elements *at each moment of a particular event*. If an individual has

amnesia for a specific moment of a traumatic event, this means that there is no access to knowledge (cognitions, images), but the person may be aware of sensations or emotions related to this particular moment, and considers them as symptoms. In other cases individuals may remember the situation in the form of images and thoughts, but with no conscious connection to sensations or emotions (emotional disconnection). In trauma therapy, core synthesis will succeed when the client can bind and differentiate perceptions, sensations, emotions, thoughts, and actions for each moment of a traumatizing event. Treating the dysfunctionally stored memory of an event successfully means first of all achieving a core synthesis: binding/differentiating emotions, sensations, thoughts, and actions of each moment of the event (from the beginning to the end of the event). Then, the narrative of the event is achieved with the binding and differentiating of each moment of the event, together with a connection of perception, sensations, emotions, thoughts, and actions for each moment of this event.

Core Synthesis in EMDR

In EMDR therapy, one may often notice that this narrative develops naturally during phase 4 of the standard protocol. Sometimes, through the spontaneous associations occurring during the reprocessing, clients describe the traumatic situation, or its most important sequences, from the beginning until the end, as if they were telling the story of the event. Sometimes this happens in a less chronological way. Elements of the trauma (time fragments or specific emotions, sensation, actions, or thoughts) that have been covered by amnesia may emerge during phase 4, showing how core synthesis may develop on its own with the EMDR standard protocol.

EMDR therapists are taught to be aware of the different elements involved in the reprocessing during the channels of association: physical sensations (including sensorimotor actions and reactions), emotions, beliefs, and images (which often include seeing the actions of the participants and the scenario of the event). This differs of course from patient to patient. When the AIP works smoothly, one can notice that the client integrates these four elements spontaneously into the reprocessing: the core synthesis happens naturally, under the effect of the AIP and as predicted by the AIP model. For each sequence of the event, the client binds and differentiates emotions, sensations, thoughts, and actions. This may go on throughout the reprocessing of the whole target, until the event has been reprocessed successfully. In

other cases, it may be more difficult, and specific interventions should be used such as cognitive interweaves, as illustrated in the following vignette.

Clinical Vignette

Mrs. A. is a 25-year-old client consulting for PTSD and agoraphobia after a car accident which caused severe injuries to her legs and hips, leading to surgery and a long rehabilitation. At the time of consultation, her injuries are completely healed and she is back to work but the PTSD and the agoraphobia prevent her from driving or using public transport. Therefore, she walks from home to work, physiotherapy, and psychotherapy, which are all within walking distance. While targeting the car accident, the client spontaneously describes the accident from the beginning (hitting a truck) until the end when she is at the hospital. Here are some excerpts of the phase 4 of this EMDR treatment, where some difficulties arose.

Excerpt 1.

Client: I feel a pressure on my chest. (BLS)
Client: This pressure on my chest. I can't breathe. (BLS)
Client: The back of my head hit something. (BLS)
Client: My chest hurts again (client anxious). (BLS)
Client: Oh, I understand; this was the seat belt. (BLS)
Client: Yes, this was the seat belt on my chest. (client is calmer) (BLS)
Client: The back of my head hurts again. (BLS)
Client: And my neck hurts too. (BLS)
Client: My head really hurts! (BLS)
Client: My head and my neck hurt so much! (client anxious)
Client: They really hurt! (client anxious and upset)

At this point, the process seems to be blocked. In the therapist's appraisal, the anxious and upset state of the client is not due to reliving the anxiety experienced during the event, but to the fact that she does not understand the reasons of the pain in her head and her neck (lack of synthesis). Therefore, an intervention with a cognitive interweave could be useful.

Therapist: At the time of the shock, when the seat belt is pressing against your chest, what may have happened to your neck and head?
Client: (Interrogative mimic).
Therapist: Stay with this. (BLS)

Client: OK, I get it. This is my head hitting against the upper part of the seat. (BLS)

Client: This tension in my neck is still there. (BLS)

Client: It is decreasing now. (BLS)

Client: It was really a strong shock that I had. (BLS) (At this point the client is experiencing personification and presentification, explained later in this article.)

Client: It is better now . . .

In the first part of this excerpt, at the beginning, only sensations came up in the associations' channel (pain in the chest), then a cognitive element came up spontaneously (the pressure of the seat belt), helping the client develop an understanding of the chest pain. The shock of the car against the truck led to the activation of the seat belt, which protected the client from more injuries but also provoked a strong pressure across the chest. The *binding* of the body *sensation* with the *knowledge* of the pain provoked by the seat belt came naturally, through the effect of the AIP. In the terminology of the TSDP, the patient executed an action of synthesis. Later the AIP seemed blocked around the feeling of pain in the neck and head. Because the client seemed highly disturbed by the process itself and was known by the clinician to be a somewhat avoidant person who could possibly interrupt the therapy, the therapist did not want to take the risk of a stronger blocking. A cognitive interweave was proposed with the aim to bind the sensation with some knowledge. This led to a successful binding and the process could continue. Here again, in the terminology of the TSDP, the therapist enhanced in the patient the action of synthesis, which also led to the actions of partial personification and presentification.

Excerpt 2. Here is a later excerpt:

Client: It smells like my car is on fire! (BLS)
Client: Oh my God, the car is on fire! (BLS)
Client: The car is on fire and I can't get out of it! (BLS)
Client: It smells like fire! My car is on fire! (client is more distressed)
Therapist: Did your car catch on fire?
Client: No. (BLS)
Client: The car is going to burn and I can't get out! (client is even more distressed)
Therapist (doing a cognitive interweave): I know that smell. It is powder from the airbag system.
Client: (surprised) OK. (BLS)
Client: This is OK.
Client: The smell doesn't bother me anymore.
Client: I see someone coming to help me . . .

In this excerpt, the first cognitive interweave did not help. The client had previously told the therapist that there had been no fire during the accident. Still, bringing this knowledge into the channel of associations did not free the AIP. The second cognitive interweave helped and released the process. Why did the second interweave help and not the first one? We believe that the second interweave helped because it targeted the *binding* of sensations (the smell of fire) to a knowledge that explained the smell, a knowledge that the client did not possess. It also targeted the process of *differentiation* of a smell that is associated with fire and fear (unconditioned stimulus) and facts (there can be a smell similar to the smell of fire but not leading to a fire). In this case, differentiation promoted synthesis. The fact that the car had not caught on fire was not useful knowledge to release the process in this particular clinical situation. The client was indeed trying to bind and differentiate different elements (sensations, emotions, thoughts, actions) in a need to execute the mental action of core synthesis. In our understanding, this is the reason why the second interweave helped but not the first one. The clinician had had a car accident himself in which he learned that the powder released from the airbag system when it is activated smells like fire. By adding "I know that smell," he made this information more personal, deepening the relationship as both client and therapist share some common experience. With Dworkin (2005), we believe that such a comment can help the client be more receptive to the knowledge that immediately follows.

Extended Synthesis

As Van der Hart et al. (2006, p. 149) state, extended synthesis "helps us create our life history and a consistent sense of self because we are able to bind, differentiate, and coordinate not only single action systems, but a complex constellation of them over long periods of time." Traumatic experiences, with their related impaired core synthesis, may have a long-lasting effect. Individuals may be activated so regularly by trauma-related stimuli that their views of the world and themselves have changed over time. For example, women who have been sexually assaulted may avoid intimate contact with men (avoidance of trauma-related stimuli). Their self-presentation may be so impacted that some survivors believe they may never be able to defend themselves in general and particularly if assaulted again. Their representation of the world may also be disturbed to such an extent that some may subsequently believe that all men are

dangerous. The lack of extended synthesis lies in the inability to bind and differentiate the needed feeling of safety (avoiding contacts with men) and other needs such as attachment and sexuality.

Extended Synthesis in EMDR

A complete EMDR therapy implies working on three prongs within the standard target sequence plan: the past, the present, and the future. For EMDR therapy to achieve optimum efficiency, therapists should target past situations, then present triggers, and finally future scenarios. By doing so, EMDR therapy focusses on what is called extended synthesis in the TSDP.

Extended synthesis often develops naturally during EMDR treatment. In simpler cases, clients may change their perspective after working only on one unique or several past traumatizing situation(s). In such cases, after core synthesis has been achieved on one or more targets of the past, extended synthesis occurs spontaneously. This may show when targeting present triggers and the future scenario: it takes little time in such cases, and the client shows rapidly functionally adapted reactions and anticipations. The client's positive cognition installed while working on the past traumatizing situation(s) has generalized to present triggers and the future scenario. This is an indicator that extended synthesis has been achieved.

However, in other cases, after targeting with the EMDR standard protocol several past situations (dysfunctionally stored, disturbing memories), appropriately targeting the present triggers and the future (negative anticipations) may need more time to achieve a complete extended synthesis.

In any case, in our experience, working on the future scenario allows the client to realize that her sense of self has changed. For example, while checking whether he felt anxious or not while visualizing a presentation he had to do in a few weeks in front of his colleagues, a man who had suffered from being bullied at school realized that he felt good and was not scared anymore. "This is really over now. I learned from this experience that I should be cautious of certain nasty people but I am confident that I can deal with them and there are so many other nice positive people that I can trust." We see here how the client integrated the changes in a different self-representation and another view of the world, therefore with a new sense of self. This is what extended synthesis is about (in this case this involves also extended realization). A complete EMDR therapy targeting past, present, and future situations, as proposed with the standard target sequence plan, is needed to achieve extended synthesis.

When extended synthesis occurs successfully in EMDR therapy, a sexually abused woman will be able to open up to an intimate relationship with a respectful partner, a person maltreated as a child will develop self-confidence and achieve related successful actions in life, and a phobic person will be able to change his self-image to a courageous individual daring to do things he did not dare try before treatment.

Clinical Vignette

We will now describe a case where extended synthesis is blocked and then released by a cognitive interweave. In the case of Mrs. A. described above, more difficulties emerged later in the EMDR therapy, targeting the car accident, during phase 4. Here is an excerpt.

Client: My legs are stuck. (BLS)

Client: I can't move my legs. (BLS)

Client: I can't move my legs! (BLS)

Client: My legs are paralyzed. I need to check my legs now to see if I can move them. (client starts to stand up)

Therapist: Please, keep seated. How did you come to the session today?

Client: (surprised) Oh! I see. I walked to your office.

Therapist: Stay with that. (BLS)

Her legs and hips had been broken in the car accident and, during this session, the memory of being unable to move her legs emerged, together with the high distress of the time of the accident, and the distress of reexperiencing this again during the session. This time, contrary to the above excerpt 2, the client knew why she had been unable to move her broken legs during the accident, but the adaptive memory network and the dysfunctional memory network were lacking connection at this very moment in the session. It appeared that the client greatly lacked extended synthesis. The cognitive interweave helped connect these two memory networks and helped also for *extended* synthesis, by binding/differentiating the situation of the broken legs in the past and the current healthy condition in the here and now.

Other interventions could have been proposed, such as reorienting the client in the present by letting her check that she was indeed able to move her legs and hips. For example, the therapist could have let the client walk around in the office and check by herself concretely that she could walk. This type of intervention could have also been helpful but would not have made use of the fact that the knowledge that the client's legs were fine now was already stored in her

memory network. If we had reoriented the client to the present, the reprocessing would have stopped and the client would have missed the opportunity to execute the mental action of extended synthesis.

This moment of EMDR therapy happened to be close to the end of reprocessing the car accident. It may be possible that such developments of extended synthesis occur more frequently in the last associations' channels of phase 4, and during phase 5 while installing the positive cognition, but this proposition needs more systematic observation.

Realization: The Concept of Personification

Based on the lower-order integrative actions of synthesis, realization pertains to the higher-order integrative actions with regard to traumatic experiences. Realization implies personification and presentification (Van der Hart et al., 2006). Personification is the clients' ability to feel that they have experienced these traumatic events, "to take personal ownership of [their] experience" (Van der Hart et al., 2006, p. 153). Presentification consists of "being firmly grounded in the present and integrating one's past, present, and future" (Van der Hart et al., 2006, p. 12).

Core and Extended Personification

The TSDP distinguishes core personification from extended personification. In core personification, taking personal ownership of the past experience is done in the present time. Extended personification relates to "mental activities by which we bind and differentiate with our sense of self across time and situations" (Van der Hart et al., 2006, p. 155). Extended personification is highly relevant to EMDR therapy, as we will see in the following clinical vignettes.

In the terminology of the TSDP, in a case of structural dissociation an EP holds elements of the traumatic memory while the ANP does not or does only partially. According to Van der Hart et al. (2006, p. 156), "each dissociative part personifies some actions and experiences, but regards other actions and experiences as 'not me' to some degree, including one or more other parts." To achieve optimal personification—that is, in order to make these experiences feel like her or his own—the patient, in her or his ANP, should personify the dissociated actions and experiences that are held by the EP. In this manner, the patient develops a more unified integrated personality step by step. When personification occurs while working on a traumatic memory, the client realizes *on an emotional level* what he or she has been through

and he or she will therefore show emotions related to the type and severity of the traumatizing event, indeed sometimes strong emotions (Nijenhuis, personal communication, 2015). Personification is not merely a cognitive process, it is also and possibly foremost a deep emotional process, as well as a process of grief. It develops often step by step, parallel to the increasing level of mental energy and to the decreasing phobia of realization.

Personification in EMDR

In EMDR therapy personification may occur spontaneously, most of the time during phase 4 and sometimes as well in between sessions when the AIP is still active. When emotions (in particular grief reactions) are accompanied by words such as “Now I realize how it felt,” “I never realized how frightened I was as a child;” “Oh! I can feel that pain I felt as a little boy,” and so forth, this should be seen as a sign of newly gained personification.

However, personification may not always occur spontaneously during the reprocessing. In EMDR therapy, the cognitive interweave gives a large variety of possibilities to promote personification, which should be a foremost goal, nevertheless taking in consideration the ability of the client at the time. We present several clinical vignettes that illustrate this.

Clinical Vignette

Mrs. C. is a client with C-PTSD who experienced repeated sexual aggression from an older brother over several years. While reprocessing a situation of sexual abuse for which the negative cognition was “I am in danger,” the AIP is blocked during phase 4 on the theme of safety. Here is the excerpt of this moment in the session:

- Client: I feel unsafe. (BLS)
- Client: I feel unsafe and I’m trembling. (BLS)
- Client: Still unsafe, very much so. (BLS)
- Client: I was never safe, never. (BLS)
- Client: I will never be safe.

At this moment, the clinician has several options as to which cognitive interweave should be used.

First Option: A Cognitive Interweave Enhancing Present Safety. Because the theme is about safety, a possible cognitive interweave could target the feeling of safety in the here and now. Using a well-known metaphor in EMDR therapy, the underlying idea would be that the client might have both feet in the past and one foot should be brought back in the

present. The connection to the memory network of safety in the here and now would allow unblocking the process.

- Therapist: Are you safe right now?
- Client: I am safe now, yes.
- Therapist: Stay with this. (BLS)

Such an interweave might bring emotional relief and phase 4 may continue.

Second Option: A Cognitive Interweave Enhancing Defense. Some therapists might be tempted to intervene in a manner which would give the client some feeling of mastery. They may therefore introduce a cognitive interweave that will connect clients to their ability to defend themselves, like fighting back the aggressor. The assumption is that the feeling of danger stems from the fact that such clients as children could not defend themselves. A possible interweave could then be as follows:

- Therapist: What if the child could defend herself?
- Client: Yes. That would be good. I never could.
- Therapist: Imagine you are defending yourself. Visualize this. (BLS)

Then, the client describes how she beats up her brother. The blocking of the AIP is released and the phase 4 can continue.

This imaginary scenario activates the defense action sub-system of fighting. With such an intervention, the client will not realize that she could not defend herself back then and was helpless, with no means to get out of the abusive situation, for example, because she was little and the brother strong and tall, or threatening her.

Third Option: A Cognitive Interweave Enhancing Imaginary Resources. Another way to unblock the process could be to develop an imaginary scenario, involving possible resources, just like in the following example:

- Therapist: What did the child need to feel safe?
- Client: She needed her mum to comfort her.
- Therapist: Imagine this. (BLS)

This interweave activates the care action system (and soothing) instead of the action subsystem of fighting, as in the previous option. In this third option there might be several possibilities. If the mother was clearly not protective at all in real life, this cognitive interweave (“What did the child need to feel safe?”) may not help or not enough. For example, the client, might continue by saying, “But my mother was never there for me,” and we would be back at the starting point. If

the mother was a protective figure except in the case of the sexual abuse by the brother, then the client may be able to imagine herself as a child being protected and comforted by her mother and the client would probably calm down and feel safer. But this presents a dilemma. In our understanding, a mother who is not aware that her child is being sexually abused by her other child over several years is not protective, or at least not enough. If the child does not dare say to her mother that she has been abused, this means that the child–mother relationship is not good enough. Therefore, a next possible intervention of the therapist could be, “Yes of course, as a child you needed your mother on your side, but your mother didn’t see anything and could not help.” Immediately the clinician should make a proposition: “Can you imagine another person to help you as a child feel safe, maybe the grandmother you liked so much, or an animal, or an imaginary good-hearted figure?” We could as well skip the first sentence that may sound harsh; in fact, it triggers the theme of feeling unsafe even more, which brings us to the fourth option.

Fourth Option: A Cognitive Interweave Promoting Personification More Specifically. The process might be blocked on the safety issue because the client has not yet realized the deep feelings of helplessness and despair when feeling unsafe *endlessly* when she was a child. In this case we propose another type of cognitive interweave.

Therapist: How is it to feel unsafe for so long?

Client: It feels like it will never end! (client cries)

Therapist: Stay with this. (BLS)

In such a situation, clients usually are in contact with the intense related emotions and may cry a lot. This intervention helps the client execute more of the mental action of synthesis, allowing a specific personification (“I did experience this unbearable feeling of endless danger and helplessness”). At the same time, the client integrates that she has experienced some unbearable enduring feeling of danger and helplessness, which brings emotions of grief, typical for personification. The clinician should make sure that the client stays oriented in the here and now while in contact with the intense feelings.

We notice that the theme changes from safety to helplessness. During phase 3, the choice of the negative cognition (NC) is indeed central and it may happen that during phase 4 the NC changes. This is what happened in our example: the NC “I’m in danger” could be considered correct during phase 3, but in fact it does not correspond exactly to the core pain, which

is the helplessness, and which came out later during phase 4.

In cases of violence on children, the theme of helplessness should be given due consideration. Safety might seem to be central, since many such clients come to therapy to treat anxiety disorders. Nevertheless, the central concern for human beings, and even more so for children, seems to be the feeling of loneliness while they are unprotected and also after they are out of danger. Research has shown that social support from caregivers is a strong protective factor of PTSD after the occurrence of a potentially traumatizing event on children (Marsac, Donlon, Hildenbrand, Winston, & Kassam-Adams, 2014; Meiser-Stedman, Yule, Dalgleish, Smith, & Glucksman, 2006; Stallard, Velleman, Langsford, & Baldwin, 2001; Wise & Delahanty, 2017). Children in dysfunctional, traumatizing, or traumatized families lack these protective actions of caregivers. Many clients say that the worst part of a traumatizing abusive situation is not actually the abuse itself but the fact that their parents did not react appropriately to the situation.

Substitute Actions and Adapted Cognitive Interweave. Substitute actions is a concept developed in the TSDP by Van der Hart et al. (2006) and based on Janet’s work (1903). Substitute actions are maladapted mental or behavioral actions that survivors engage in when they are not able to engage in more adapted actions. For example, a client under strong emotional arousal could hurt himself instead of doing a relaxing activity or writing in a therapeutic diary. In certain cases, the concept of substitute action is useful to address the right cognitive interweave to promote personification more specifically. To illustrate this, let us go back to the previous case of Mrs. C. with the following excerpt:

Client: I feel unsafe. (BLS)

Client: I feel unsafe and I’m trembling. (BLS)

Client: Still unsafe, very much so. (BLS).

Client: I will never be safe. (BLS)

Client: I want to do something. (BLS)

Client: I can’t get away. (BLS)

Client: I want to hit him. (BLS)

Client: Yes, I want to beat him up. (BLS)

Here we may have two options. The first option often used by EMDR therapists is the following interweave: “Imagine you beat him up” or “Let’s pretend you beat him up.” This intervention might help the client to get over this feeling of being unsafe and helpless. Nevertheless, the client could neither escape nor fight in the past situation, because she was too small

and the brother tall and strong or threatening. Imagining beating up the molester might be helpful to make the client believe she can defend herself now. But it could also be a substitute action for the more difficult mental action of realization (personification and also presentification) that as a child, she could do nothing. In such cases we propose the following cognitive interweave:

(. . .)

Client: I want to do something. (BLS)

Client: I can't get away. (BLS)

Client: I want to hit him. (BLS)

Client: Yes, I want to beat him up. (BLS)

Therapist: At that time, were you able to do anything?

Client: No!

Therapist: Stay with this. (BLS)

At this point the client might or should cry. The process of personification involves the contact with the deeper pain of the past, and the following grief. This leads to related emotions that can be strong with tears and possibly sobbing, depending on the severity of the traumatizing event, the emotivity of the client, and intersubjective elements of the therapy. Emotion of profound sadness is a sign that the client is executing properly the mental action of personification.

Realization: The Concept of Presentification

According to the TSDP, realization implies, besides personification, also presentification. Presentification refers to an individual's ability to integrate that (potentially traumatizing) events took place in the past and are over now, that he or she can be and can fully act in the present moment. As Van der Hart et al. state (2006, p. 157), "presentification is more than being aware of the present moment. It involves our creation of the present moment from a synthesis of personified experiences stretched over time and situations, from the past, the present and the projected future. Ultimately, presentification is our construction of the context and meaning of the present moment within our personal history." Here again Van der Hart et al. (2006) differentiate core and extended presentification.

Core and Extended Presentification

Core presentification refers to the mindful awareness of self and the environment by the individual. In EMDR therapy "one foot in the past and one foot in the present" is a metaphor used to explain that clients should concentrate on the past situation *and* at the

same time be aware of the here and now for the AIP to be efficient. In the terminology of the TSDP, being aware of the here and now while reprocessing (in particular during phase 4) refers to core presentification.

Extended presentification relates to our awareness that our present experience is embedded on the time line of our life, in our past and future. Therefore, extended presentification allows us to link our experiences in a way that makes us feel our personality cohesive (Van der Hart et al., 2006).

Presentification in EMDR

In EMDR therapy, presentification is supported at different stages of the therapy. During phase 3, the protocol carefully differentiates the past and the present tense. For example: "When you think of this experience, what is the worst part of it as you think of it *now*?" (Shapiro & Laliotis, 2017, p. 53). Presentification is also enhanced with supportive interventions during the BLS, such as "You are safe *now*"; "I am here with you *now*"; "This happened *many years ago*." Such interventions are used to support clients when they are experiencing strong emotions: the aim is to support clients and to help them differentiate the past from the present, binding and differentiating different memory networks and making the AIP more efficient.

EMDR therapy can be considered successful when the client does not feel any more activated by the memory of the past traumatizing event (as measured with the subjective units of disturbance [SUDs] in phase 4, the validity of cognition [VOC] of the positive cognition in phase 5, and a positive body scan in phase 6), that the present life is different from the past (after targeting the present triggers), and that the future can be different than previously expected (after targeting the future scenario). In that sense, successful EMDR therapy (by reprocessing targets on the three-pronged protocol) gives clients the possibility of achieving core and extended presentification.

In our experience in EMDR therapy with less complex cases, interventions supporting presentification should preferably be done after the client has achieved at least some degree of personification, that is, after the client has been in contact with the core pain of the targeted situation. In other words, before being able to realize that the event is over now (presentification), the client needs to realize that the event happened to him or her (personification). In our observation there is a risk that the AIP stays blocked, or that the reprocessing does not go beyond a certain depth, if presentification occurs without a minimum of personification ("It happened in the past but it didn't really happen to

me”). This view should not be seen as an imperative and may be different in the treatment of patients with complex dissociative disorders.

Clinical Vignette

Let us go back to Mrs. C, the client with C-PTSD, repeatedly sexually abused by an older brother over a period of several years. While working on such an event, the AIP blocked on the safety issue, and we proposed several possible cognitive interweaves. In our view, the fourth option seems to be the best choice to achieve personification: support the client to get in touch with a deeper pain, while the theme moved from “feeling unsafe” to “feeling helpless.” Here is the excerpt:

Therapist: How is it to feel unsafe for so long?
Client: It feels like it will never end! (client cries)
Therapist: Stay with this. (BLS)
Client: This hurts so much ! (BLS)
(personification)
Client: This is unbearable. (BLS) (more personification)

At this stage, some therapists might feel an urge to make a supporting intervention such as “This is over now,” therefore promoting presentification. In our experience, suggesting presentification too early in the process may prevent optimal personification. Instead, a recommendation is an intervention supporting the client directly on the core theme, which is of being alone and feeling helpless (personification first). Here is the follow-up of the above excerpt:

Client: This is unbearable. (BLS)
Therapist (during the BLS): Yes, this is unbearable. Continue. (promoting personification)
Client: No one saw my pain. (BLS)
Therapist (during the BLS): No, no one saw your pain *at the time*. Continue. (promoting again personification and first step of presentification)
Client: Why didn’t my mother see anything?!
Therapist: Stay with this. (BLS)
Client: I was alone. (crying deeply)
Therapist (during the BLS): Yes, you were alone and this is very sad. (promoting personification and grief)

The last supportive intervention is meant to support the client during the process of personification (“Yes, you were alone”) and to bring some further degree of presentification (“This is very sad”). “This is very sad” relates to our present consideration of the

past event which is why such an intervention softly supports presentification; it also promotes the necessary process of grief. Presentification is fostered also by the compassion shown by the therapist during such an intervention. The therapist’s compassion supports presentification also because it is opposite to the client’s feeling of loneliness. Hopefully the client will feel the difference between the past (no support from the mother) and the present (compassion from the therapist). Supportive interventions such as “I’m here with you” may also be efficient, but may reorientate the client too soon in the present before sufficient personification has occurred. Again, sufficient personification is needed for optimal final realization.

Promoting Presentification in EMDR

Taking into consideration the TSDP for EMDR therapy, specific cognitive interweaves can help support presentification when needed, that is, when the client’s attention has been focused on the past suffering without any sufficient awareness that all this is past history. In other words, the memory networks from the present (e.g., “I have emotional support from close friends now”) have not been linked to the dysfunctionally stored memory networks of the past events (“My mother didn’t protect me”). After gentle presentification has been suggested with supportive interventions as presented above, more direct interventions, like cognitive interweaves, may be needed to help the client bind different memory networks and release the AIP. A recommendation is to first choose cognitive interweaves that describe the past situation with compassion and then propose the present alternative. For example, instead of the interweave “Are you alone now?” the therapist may choose, “Yes, you were alone at the time. What about now?” This last interweave starts with a compassion-based intervention which promotes personification (“Yes, you were alone”), and that also includes some degree of presentification (“at the time”). We believe that this first part of the interweave will make the client more open to the next part of the cognitive interweave, which suggests a bridge to another memory network (“What about now?”). Therapists trained in hypnosis will recognize the concepts of pacing and leading here. In Eriksonian hypnotherapy, a core concept is to be close to the client’s experience and feelings (pacing) before suggesting any change (leading; Grinder & Bandler, 1976). Clients may be more open for change after they have felt a deep understanding from their therapists. We consider that cognitive interweaves should be adjusted to implement this recommendation, as we did in this example.

Extended presentification can also be developed while working solely on past targets. However, extended presentification will be best achieved after the EMDR therapy eight-phase protocol and three-pronged protocol have been completed: past disturbing situations, present triggers, and future anticipations. In this sense, EMDR therapy enhances presentification without naming it in the same terms as the TSDP. The TSDP and its concept of presentification may help EMDR therapists to better understand where the client stands in this regard and better adjust their interventions with more precision, with either supportive interventions or cognitive interweaves, as we have shown above in the vignette.

Discussion and Conclusion

Integration has been precisely defined and described in the context of the TSDP. It consists of a complex series of mental actions which involve synthesis and realization, the last consisting of personification and presentification. The concepts of synthesis and realization can be useful for EMDR therapists as they allow a deeper understanding of the psychological processes (and the involved mental actions) that take place when the AIP is at work. These concepts also allow better-adjusted interventions during EMDR reprocessing. The AIP model is a hypothesis aiming to explain the nature of maladapted behaviors and psychological difficulties, and the process occurring during EMDR therapy. The concepts of synthesis and realization, as proposed by Van der Hart et al. (2006), can bring a deeper understanding of psychological processes which are or should be activated during the EMDR therapy. These concepts of the TSDP can be extremely useful to understand where clients stand in the course of the EMDR treatment and how to release the AIP when the process is blocked, or to deepen the reprocessing.

EMDR therapists should follow their patients in their own reprocessing, stay “out of the way” as much as possible, but also enhance the missing mental actions when needed, such as during a lack of synthesis, presentification, or personification. In this regard, the choice of supportive interventions and cognitive interweaves during phase 4 can be finely attuned and adjusted, depending on where the client stands in the process of synthesis and realization (with personification and presentification), and also taking into consideration a possible phobia of realization (Van der Hart et al., 2006, 2014). Ideally, clients should achieve core personification of a disturbing event through

synthesis. In trauma therapy, personification may lead to strong emotions that not all such clients are able to deal with. EMDR therapists may adjust the treatment according to their clients’ abilities in affect regulation. If they assess that their client would not be able to achieve core presentification of a specific disturbing event without being overwhelmed, EMDR therapists could suggest an imaginary reparative scenario through adapted cognitive interweaves. Imaginary reparative scenarios may allow only partial realization but may be a good alternative for many clients. However, for some clients, it is a first step toward a more completed realization (mainly personification at first) that will take time, while for other clients, realization will not go further, at least not without a cognitive interweave which triggers the pain that needs to emerge for full realization to occur. It all depends on the client’s stability and goals, on the client’s degree of phobia of realization, and on the therapy’s setting (time and number of sessions at disposal, etc.). It is important not to push the client in a direction he or she may not be able to cope with. This relies often on a difficult, subjective, and intersubjective assessment.

The decision to be made between these two types of interventions will depend on the following factors:

- Is the client ready at this particular moment of the therapy to realize elements of the trauma that were not conscious until now? For example, the feeling of danger *over a long period of time*, which leads to a feeling of *enduring helplessness*, as in the case of Mrs. C.
- Is the timing good in the session and in the therapy to trigger intense emotions?
- Is the client able to regulate the intense emotions that may come up if the therapist facilitates the emergence of a deeper emotion? Or will the client go out of the window of tolerance (Ogden & Minton, 2000)?
- Is the clinician ready to go through these intense emotions with the client?

Synthesis and realization with personification and presentification are intertwined. They occur in a combined process. Separating these four concepts may feel artificial but is necessary for the purpose of this article. Nevertheless, it is useful to define each of these concepts precisely and to explain how they may combine or not during treatment. Clinicians may therefore focus on the missing elements. We have shown how interventions can be adjusted, depending on what has not been developed enough: synthesis, personification, and presentification. Overall, in our view, synthesis—as a lower-order mental action—should be

fostered first, which should lead to the higher-order mental action of realization, with personification and then presentification. These overall intertwined processes lead to the integration of traumatic memories in the client's autobiography (in the meaning of the TSDP) and the subsequent simultaneous fusion of the ANP and the EP(s). In the neurophysiological words of the AIP model, these overall intertwined processes are involved in the transformation of dysfunctionally stored memories into adaptive memory networks. We have emphasized that presentification should be supported by adjusted interventions only when at least some personification has occurred. This is of course no dogma, and further thorough observation is needed in this clinical field.

Because all cases are unique, we should keep in mind that there is not only one way to do EMDR therapy. The clinician's difficult task is to choose the best solution at a particular moment in a specific session, in the process of that particular treatment with a unique client. With the knowledge of the concept of integration as defined by Van der Hart et al. (2006), we believe that EMDR therapists can better adjust and attune their interventions to their specific clients. In many cases—not only in cases considered as complex—the benefit of EMDR therapy could increase when taking into consideration these concepts of synthesis and realization. We should not view the psychological concept of integration according to the TSDP as conflicting with the neurophysiological concept of information processing according to the AIP model. As Van der Hart et al. (2010, p. 90) state, "they rather involve different levels of description of the same phenomena." We believe that these different levels of description complement one another. A challenge for research would be to consider the concept of integration of the TSDP in neurophysiological studies. Aside from the ever-growing interest in the neurophysiological processes involved in EMDR therapy, this article hopes to bring a focus on the psychological processes and the mental actions involved in EMDR psychotherapy based on the AIP model.

References

Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York, NY: Routledge.

Grinder, J., & Bander, R. (1976). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*, (Vol. 1). Portland, OR: Metamorphous Press.: .

Harper, M. L., Rasolkhani-Kalhorn, T., & Drozd, J. F. (2009). On the neural basis of EMDR therapy: Insights

from qEEG studies. *Traumatology*, 15–2, 81–95. doi: 10.1177/1534765609338498

Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie [Obsessions and psychasthenia]* (Vol. 1). Paris, France: Félix Alcan.

Järvillehto, T. (2001). Feeling as knowing, Part 2. Emotion, consciousness and brain activity. *Consciousness & Emotion*, 2(1), 75–102. doi: 10.1075/ce.2.1.04jar

Landin-Romero, R., Novo, P., Vicens, V., McKenna, P. J., Santed, A., Pomarol-Clotet, E., . . . Amann, B. L. (2013). EMDR therapy modulates the default mode network in a subsyndromal, traumatized bipolar patient. *Neuropsychobiology*, 67, 181–184. doi: 10.1159/000346654

Marsac, M. L., Donlon, K. A., Hildenbrand, A. K., Winston, F. K., & Kassam-Adams, N. (2014). Understanding recovery in children following traffic-related injuries: Exploring acute traumatic stress reactions, child coping, and coping assistance. *Journal of Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 19(2), 233–243. doi: 10.1177/1359104513487000

Meiser-Stedman, R. A., Yule, W., Dalgleish, T., Smith, P., & Glucksman, E. (2006). The role of the family in child and adolescent posttraumatic stress following attendance at an emergency department. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 397–402. doi: 10.1093/jpepsy/jsj005

Nijenhuis, E. R. (2015). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control* (Vol. 1 & 2). Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Rupprecht.

Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 4(3), 149–173. doi: 10.1177/153476560000600302

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., & Siracusano, A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring—An EEG study. *PLOS ONE*, 7(9), e45753. doi: 10.1371/journal.pone.0045753

Rimini, D., Molinari, F., Liboni, W., Balbo, M., Darò, R., Viotti, E., & Fernandez, I. (2016). Effect of ocular movements during eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: A near-infrared spectroscopy study. *PLOS ONE*, 11(10), e0164379. doi: 10.1371/journal.pone.0164379

Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)—Results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1264–1271. doi: 10.1016/j.jandis.2008.01.007

Sayed, S., Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1–7.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms

- stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71–77. doi: 10.7812/TPP/13-098
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2017). *EMDR Institute basic training course—Part two*. Watsonville, CA: EMDR Institute Inc.
- Stallard, P., Velleman, R., Langsford, J., & Baldwin, S. (2001). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 197–208. doi: 10.1348/014466501163643
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 81–94. doi: 10.1891/1933-3196.7.2.81
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phases 2 and 3 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48. doi: 10.1891/1933-3196.8.1.33
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92. doi: 10.1891/1933-3196.4.2.76
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: Norton.
- Wise, A. E., & Delahanty, D. L. (2017). Parental factors associated with child post-traumatic stress following injury: A consideration of intervention targets. *Frontiers in Psychology*, 8, 1412. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01412

Disclosure. The author has no relevant financial interest or affiliations with any commercial interests related to the subjects discussed within this article.

Acknowledgment. The author would like to thank Eva Zimmermann for her detailed comments of a previous draft of this article.

Correspondence regarding this article should be directed to Olivier Piedfort-Marin, Université de Lorraine, APEMAC/EPsAM, EA 4360, Metz, France. E-mail: olivier.piedfort@gmail.com

ANNEXE H



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Research Paper

When the therapist's traumas emerge in a psychotherapy session: The use of trauma-related countertransference

O. Piedfort-Marin ^{a,b,*}

^a University of Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360, Metz, France

^b Institut Romand de psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 September 2018

Received in revised form 22 May 2019

Accepted 24 May 2019

Keywords:

Countertransference

Trauma

Dissociative disorder

Psychotherapy

Theory of the structural dissociation of the personality

Mirror neurons

ABSTRACT

Introduction. – Trauma therapy implies that therapists work with patients who have experienced difficult and often horrific experiences of violence and neglect. Therapists are not spared from traumatic or adverse experiences, which may impact them in their lives and in their work with trauma patients. **Objectives.** – This paper addresses trauma-related countertransference and how therapists can use their own trauma-related activation to understand therapeutic processes and eventually release such processes when blocked.

Method. – We present two case studies. The first one illustrates the activation of a dissociative part of the therapist's personality. The second one illustrates the activation of remaining traces of an integrated emotional part of his personality.

Results. – Detailed descriptions of therapy sessions illustrate how countertransference may provide the opportunity to learn more about the patients' issues and how specific interventions based on trauma related countertransference may be a powerful tool in trauma therapies.

Conclusion. – The emergence in therapists of patients' traumatic material may not be due solely to empathy but also to therapists' own traumatic or adverse experiences, which are activated in the we-centered, shared space of therapy and which may be mediated by the mirror neuron system.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

The effects of the work with severely traumatized patients on psychotherapists was first described by Ferenczi at the beginning of the 19th century, then later in the 1990s when a growing interest emerged for dissociative disorders and other complex trauma-related disorders (Herman, 1992; Kluff, 1994; Phillips & Frederick, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995). These experts agree that working with trauma patients does affect therapists, and as a result the therapy is affected in turn. More recently, Cohen and Collens (2013) provided a metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. From the studies they analyzed, it emerges that professionals working with traumatized individuals present a large array of somatic and emotional reactions, and that these reactions have an impact on psychotherapists and other professionals. They also discovered that only five studies target the usefulness for therapists or counselors of engaging in psychotherapy in order to overcome the burden of their work with trauma patients and possibly explore their own traumas.

Therapists' reactions to their clients' trauma histories should therefore be addressed either in the context of the patient's treatment, in consultation, or in the therapist's own therapy. Except in the secluded and protected area of consultation (mostly in an individual setting), such issues are seldom addressed in conferences and in the scientific literature. Research tends to focus increasingly on objective data – if such a thing exists – while ignoring the subjective phenomena occurring between two individuals in the unique therapeutic relationship and omitting it from the international literature. Because complex cases challenge therapists even more – as psychotherapists and as human beings – subjective phenomena may have a greater effect on such treatments than is the case for simpler cases such as post-traumatic stress disorder (PTSD).

The aim of this paper is to address some of the subjective and inter-subjective phenomena occurring in the treatment of severely traumatized individuals. More precisely, we will focus on specific reactions of the psychotherapist, namely when the clinician presents trauma-related symptoms during therapy sessions. When such phenomena occur, the therapist can use them for the benefit of the treatment (Kluff, 1994). To illustrate our view, two clinical cases will be presented, and more specifically key moments of the

* Correspondence.

E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com.

therapy. In the first case, a dissociative part of a therapist is activated in the therapy session of a patient with dissociative identity disorder (DID). In the second vignette, elements of an (a priori) integrated dissociative part of the therapist emerges during a session with a traumatized patient. These vignettes will illustrate how to use such reactivations in the treatment of traumatized patients.

Our clinical work in this matter is defined by certain theoretical concepts. We will first present the concept of countertransference that helps to define the phenomena occurring within the therapist. Our work is to be understood within the conceptual framework of the theory of the structural dissociation of the personality (TSDP; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) and its further development (enactive trauma therapy; Nijenhuis, 2015b, 2017). The concept of person perspective is helpful in analyzing the phenomena occurring in both patient and therapist, and as a result in the relationship between these two individuals.

2. The concept of countertransference

The concept of countertransference was first mentioned by Sandor Ferenczi (1909/1916) who developed interesting ways to use countertransference with trauma patients. Ferenczi (1988) considered that using countertransference offered new and rich possibilities to psychoanalysis, especially when working with trauma patients, as he was going back to the traumatic origins of psychopathology. He developed techniques using countertransference and even tried “mutual analysis”, having the patient perform the analysis of Ferenczi when some of his own issues emerged in a therapy session with this patient (Ferenczi, 1988). Later on, he discovered the limits of this method.

The definition of countertransference has evolved over time. Freud defined countertransference as “the unconscious, conflict-based reactions [of the therapist] in response to the patient’s transference” (as summarized by Hayes, 2004). This narrow definition probably corresponds to the fact that Freud considered countertransference to be a problem that analysts should overcome through personal analysis; only transference (and not countertransference) was to be used in psychoanalysis. Since then, the definition and the use of countertransference has been expanded in the influential work of Paula Heiman (1950) and Heinrich Racker (1957, 1968). Heiman’s definition is broader: it includes all therapists’ reactions to the client, unconscious and conscious, in response to the client’s transference, but also in response to any other material. Both Heiman and Racker introduced a radical change in psychoanalysis, by considering countertransference as the main working tool of the analyst and also as a better way to explore the client’s unconscious. Later, Gelso and Hayes (1998) made adjustments to this definition by focusing more on the therapists unresolved conflicts as the main source of their reactions to clients, and therefore attributed a key role to the clinician’s responsibility in the intersubjective phenomena occurring during psychotherapy. The latter definition is particularly in line with Ferenczi’s pioneering work. Pearlman and Saakvitne (1995) made a major contribution in the understanding of countertransference when working with incest survivors. Their work is also useful for patients with complex trauma-related disorders who did not experience incest but other types of intrafamilial violence or repeated extrafamilial sexual violence. They consider two main components of countertransference: (1) “The affective, ideational, and physical responses a therapist has to her client, his clinical material, transference, and reenactments, and (2) the therapist’s conscious and unconscious defenses against the affects, intrapsychic conflicts, and associations aroused by the former” (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 23).

Countertransference allows information to flow from the patient to the therapist, especially when patients have been traumatized early in life. The sharing and transmission between human beings of implicit, sensorimotor, and often prelinguistic material – as observed in countertransference – may be explained by the theory of mirror neurons (Gallese, Eagle, & Miggone, 2007; Gallese, 2009). Therapists who ‘receive’ certain types of information through countertransference (possibly mediated by mirror neurons) may use this to help clients become aware of previously unconscious or dissociated affects, thoughts or conflicts; countertransference offers an opportunity to understand underlying therapeutic processes that need to be released and may be released through verbal interventions (Kluft, 1994, p. 146; Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 23). Particularly in the case of patients with a complex trauma history, the transmission of information through countertransference can sometimes be difficult to understand quickly enough and therapists may realize too late that they have missed the right interventions (Kluft, 1994). Countertransference also occurs in psychotherapy approaches that are considered as particularly technical, for example EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 2017) (Piedfort-Marin, 2018).

Another therapeutic intervention in line with such an understanding of countertransference is that of disclosure. A therapist may disclose a specific own issue when this issue blocks the therapeutic process and when the disclosure may release the process. In some cases, it is beneficial for the patient if the therapist takes responsibility for such a blocking of the therapeutic process (Pearlman & Saakvitne, 1995; Dworkin, 2005). Disclosure is of particular interest to trauma therapists, who have their own traumas or issues activated while working with traumatized patients. This implies that the therapist notices his/her own activation and understands it as such. In such cases, the therapist should not reveal much about this activation but only what is necessary for the patient’s therapeutic process to be released (Steele, Boon, & Van der Hart, 2017). The formulation of disclosure is a very sensitive issue and it is essential that the therapist be very careful in his/her formulation and choice of words. Disclosure is not meant to bring relief to the therapist, but to the patient.

Working with patients with complex PTSD or dissociative disorders is a challenge. Furthermore, therapists may have to deal with the activation of their own issues and traumas, and sometimes with the activation of dissociative parts that may have remained dormant until meeting with a particular patient. These phenomena have an impact on the psychotherapy, on the relationship between the therapist and the patient, on the choice of interventions, etc. This is why they should be given due consideration.

3. A conceptual framework: the theory of the structural dissociation of the personality

3.1. The general concept of the structural dissociation of the personality

The theory of the structural dissociation of the personality (TSDP) was developed by Van der Hart, Nijenhuis, and Steele (2006) based on the seminal work of Pierre Janet. It postulates that, confronted with traumatizing events and in absence of sufficient integrative abilities, an individual’s personality will divide itself into several dissociative parts, failing to develop an autobiographical narrative memory of this or these event(s) in the person’s life. These dissociative parts are of two main natures. The apparently normal part of the personality (ANP) is primarily mediated by action systems directed at dealing with daily life. The emotional

part of the personality (EP) is primarily mediated by defense action systems such as fight, flight, feigned death, submission, hypervigilance, and attachment action sub-systems such as attachment cry. EPs are fixated on traumatic elements. The ANP engages in avoidance of the EPs that might regularly intrude into the ANP in different ways. Both the ANP and EP(s) constitute the whole non-integrated personality. The TSDP aims to explain and to conceptualize trauma-related disorders such as PTSD, complex PTSD, dissociative disorders, but also other trauma-related disorders. Problems occurring in apparently symptom-free individuals who may have an EP, which they avoid, in such a way that they do not realize the problem, and even less its trauma-related origin, are less acknowledged. In such cases, the EP may be called dormant, since it does not result in symptoms or serious problems, but sub-clinical symptoms or issues that cannot be categorized as pathologies may be noticed when carefully and thoroughly investigated. This may be the case for trauma therapists whose work with specific (types of) patients may activate a dormant EP.

3.2. *Defining dissociative parts with the concept of person perspective*

The definition of EPs has been subject to discussion (Ross, 2013, 2014; Nijenhuis, 2015a). We adhere to Nijenhuis' definition (Nijenhuis, 2015b) since it helps to differentiate dissociative parts from other phenomena (e.g., modes of longing and striving, effect of meditation, etc.). According to Nijenhuis (2015b), an EP, to be considered as such, should have at least a first-person perspective (FPP), even if only rudimentary. This means that this entity has "the phenomenal experience of being an 'I' with bodily feelings, emotions, perceptions, and thoughts" (Nijenhuis, 2015b, p. 86). In this sense, EPs have a self-conception that may be quite different from the self-conception of the ANP or other EPs. The quasi-second-person perspective (QSPP) relates to the relationship "I-me" or "I-my arm", that is to "the phenomenal experience and conception of ownership and agency" (Nijenhuis, 2015b, p. 87). In other terms, once more according to Nijenhuis, the QSPP is a judgement of one's phenomenal experience. The second-person perspective (SPP) relates to the relationship "I-you". It implies engaging in a relationship with another person or dissociative part and also a phenomenal judgement of the other (Northoff, 2003). Finally, the third-person perspective (TPP) relates to the "I-he/she" relationship. Instead of a phenomenal judgement as in the QSPP and SPP, the TPP implies a physical judgement from the judging subject towards another subject that is consequently considered as an object, which is then analyzed outside of any SPP.

These different person perspectives are useful in exploring the degree to which an EP relates to itself and to other dissociative parts or individuals. They allow for a precise understanding of the EP's degree of development. Furthermore, person perspectives can be a tool to analyze interactions between human beings.

3.3. *Using the person perspectives to analyze countertransference*

The concept of person perspective is therefore helpful in analyzing the therapeutic relationship and in particular the countertransference of the psychotherapist. In this regard, the first-person perspective concerns the immediate sensation of the therapist: sensorimotor sensations and reactions, emotions and thoughts. The quasi-second-person perspective concerns the relationship between the therapist and his/her immediate phenomenal experience (sensorimotor sensations, emotions and thoughts). The second-person perspective relates to the relationship between the therapist and the patient. Finally, the third-person perspective concerns the theoretical views, understanding,

hypothesis or other analysis of the therapist regarding the patient and the therapeutic process. In the third-person perspective, the patient is then considered, not as a person with whom the therapist is in a unique relationship, but as an object of study, with the risk of avoiding the first-person perspective and the second-person perspective. Ideally, as therapists, we should be able to be aware of all perspectives. Indeed, we are human beings with immediate reactions that can hardly be controlled, working in close relationship with our patients. We are also professionals who have learned concepts and theories that we try to use in our work for the benefit of our patients. These different layers often make our work challenging.

Because of their continuous hypervigilance, severely traumatized patients notice the therapist's reactions and react to them before the therapist can be aware of them. In my own case, being trained in using the person perspectives and taking into consideration the action systems that are activated within me while working with patients has made me more aware of my own reactions in the therapeutic relationship. I could then better understand my reactions and correct them as the therapy required. I notice in trainings and consultations that we therapists tend to focus on the reactions of the patients, sometimes in a defensive manner, and gloss over our own reactions that are nevertheless a rich source of information. Therapists indeed have the difficult task of understanding and discriminating the phenomena they observe and experience in the therapeutic relationship. Using the person perspectives may enable the analysis of countertransference in a structured manner. This gives therapists a more solid foundation for conceptualizing transference and countertransference, which are subjective and intersubjective.

When therapists have a structural dissociation of the personality, they also have the first, quasi-second, possibly a second, and eventually a third person perspective of their related EP(s). This definitely makes their work even more complex and difficult. If such therapists in their ANP 'successfully' avoid their EPs, they may never become aware of their structural dissociation. When their EPs are triggered by their patients' stories, traumas or symptoms, therapists in their ANP may also avoid these triggers to better evade their own EPs, the related traumatic material and their actions. Other therapists with a structural dissociation may notice that "something is going on" while working with a patient or outside of their office and look for consultation or therapy. In this paper, we will illustrate our views with clinical vignettes analyzed using the concept of person perspective.

4. **A dissociative part of the therapist emerges in the therapy with a DID patient**

This vignette presents the case of a therapy session of a male therapist and Mrs. A., a 50-year-old patient with dissociative identity disorder (DID) and borderline personality disorder in partial remission at the time of this session. She was regularly sexually assaulted by her father (who had a dramatic alcohol dependency) from the age of two until adolescence. Her mother severely neglected her and left her in the "care" of adolescent au pair girls. The au pairs changed every six months and did not even speak the language when they arrived in the family. At times, there was also physical violence from her brothers. Mrs. A. has been her therapist's patient for many years. A very long phase of stabilization has greatly improved a severe borderline disorder and reduced some of her numerous symptoms. She is unable to work and daily activities are very limited. At the time of the session we will describe, Mrs. A. is in a phase of integration of traumatic memories and the related EPs. She switches regularly, in particular when EPs transmit elements of the traumatizing events, which

the patient is avoiding. She has two weekly sessions with her psychotherapist to address the dissociative disorders and related symptoms. She also has one weekly session with a psychiatrist who supports her in her daily difficulties.

At the time of this session, the psychotherapist was attempting to understand why he felt more comfortable touching male patients than female patients when this was needed for therapeutic purposes. Touching patients in this case means holding a hand or placing the hand between the back of the shoulders of the patients when they need support, for example when dealing with difficult elements of a traumatizing event. It is often advised not to touch patients who have been sexually molested since this could trigger traumatic memories, especially if the therapist is a male just as the molester was (Phillips & Frederick, 1995). But touch has also often been lacking in the (early) life of such severely traumatized individuals: the mother may have neglected them, not provided adequate physical care, or not comforted the molested child. The need for emotional support through physical care and touch was present – as a psychobiological need – but never satisfied. Later in adulthood, the need for physical care or contact is avoided but still needed.

Furthermore, while watching videos of his sessions with Mrs. A. during consultation, the therapist realized that he had a certain emotional distance from the patient, and he wondered why. He was also seeing a therapist with whom he was working on early attachment issues.

During the session prior to the one we will describe, the therapist fell asleep for a second while in interaction with Mrs. A. as an EP fixed on a traumatizing event from childhood. The EP noticed this right away and asked: “Are you falling asleep? Is what I’m saying boring you?” The therapist apologized immediately. Later that day, the patient in her ANP phoned the therapist and asked, outraged, if it was true that he had fallen asleep during her session. At that moment the therapist was still wondering what had happened. He acknowledged the fact, apologized and said this was the sign of something constructive that therapist and patient still had to discover. He had never experienced this with this patient in the many years of therapy with her. He had encountered all known EPs of Mrs. A. and never had such a reaction. He concluded that something unconscious had been activated by the session with this patient, her material or one of her EPs. That is, one of the therapist’s EPs might have intruded on the therapist’s ANP. Here are excerpts of the transcript of the next session that was filmed.

PATIENT: I thought to myself, it is as if my therapist were behaving in the same manner as me: ‘I don’t want to hear, I don’t want to see’. And I told myself: if my therapist acts like me, it won’t work. But this is in my own words. This destabilized me a little.

THERAPIST: Yes.

At this moment the therapist realizes (FPP) that his reaction (falling asleep) during the last session had something to do with his own mother, even though he does not know what exactly in that precise moment. In other words, he realizes that he has an EP fixated on an unknown situation related to his mother. Still unsure what kind of situation this may be, he reflects on possible links with issues emerging in the patient’s therapy over the course of the last weeks (TPP) and addresses the issue in a broad, open manner (SPP):

THERAPIST: I believe that the issue of the mother is an important one. This is what the part brings with her.

PATIENT: Yes. Do you think this is the same part?

THERAPIST: I don’t know.

PATIENT: You don’t know.

THERAPIST: One part brings the issue with the mother.

PATIENT: Yes.

THERAPIST: One part brings out the issue of people leaving, going away, disappearing. (Patient nods). One doesn’t know whether they will come back. (Patients nods). This issue relates to many people.

PATIENT: Yes.

THERAPIST: The mother, the father, the older brother, the younger brother, me. (Patient nods).

The patient stares at the therapist carefully (SPP), then:

PATIENT: Are you ok?

THERAPIST: Why are you asking me this question?

The patient has noticed in the therapist something that he has not yet been aware of. He is destabilized and reacts in a defensive manner. In other words, the therapist in his ANP is avoiding the intrusion of an EP of his own.

PATIENT: Well I don’t know, I see that you are not well.

The therapist then reflects on his sensations and feelings, exploring his FPP, and notices that the patient is right (QSPP then TPP). He decides to acknowledge the patient’s observation (SPP). The perceptions of severely traumatized patients have often been disregarded by parents or other family members. Therefore, it is essential that therapists acknowledge their patients’ observations and perceptions, which is an ethical necessity (TPP) and reinforces the relationship (SPP) between therapist and patient.

THERAPIST: Yes, yes . . . I think I am discovering right now with you what happened yesterday. (FPP then SPP).

PATIENT: And I have the feeling that this is difficult for you. (FPP and SPP).

THERAPIST: It is difficult for me, as it is for you, because I think it is the same difficulty . . . The difficulty of the relationship with the mother. (QSPP, then SPP, then TPP).

Patient nods and stares at the therapist. The therapist does not want to be considered as the only one to have pain, probably because he is right now discovering something difficult in himself and needs some distance for his own sake (QSPP), and also because his suffering is much less severe than his patient’s (TPP). He also does not feel he has the right to take up so much space in the patient’s session (FPP, SPP and TPP). What is most important, however, is that the therapist in his ANP is getting closer to his EP that had emerged during the previous session. The therapist is looking for the right words but feels like using images rather than words.

THERAPIST: This need to (the therapist mimes pushing someone away) and at the same time the need to (the therapist mimes being close in the arms of another person) as should be the case with a mother.

(Silence)

THERAPIST: What is happening? Your shoulders are very tense.

PATIENT: I am holding back my tears a little bit.

THERAPIST: You are holding back yours tears a little bit.

(Silence). The therapist reflects on a feeling he has (FPP and QSPP) then elaborates a question (TPP) that should reinforce the relationship (SPP).

THERAPIST: Are you holding them back for yourself or for me?

PATIENT: (makes a funny face then, embarrassed) For you.

THERAPIST: This is thoughtful of you.

The patient then tells the therapist that one of her younger brothers cannot bear to touch their mother and at this moment the therapist becomes even more aware that he feels the same way about his own mother (FPP and QSPP). The therapist is then even closer to his EP that had emerged the previous session. He subsequently chooses to share this information with the patient. Even though this moment of psycho-education is an avoidance behavior, it gives him a moment to breathe and is useful to the patient. It is a less emotional moment for the therapist, which gives him the opportunity to regain his composure.

THERAPIST: In adult language, we would say that your father was abusive and that your mother neglected you.

PATIENT: Yes.

THERAPIST: But neglect is mistreatment.

PATIENT: Yes.

THERAPIST: Just as in the case of sexual abuse. Both are forms of mistreatment.

PATIENT: Yes. This issue about touch . . . I always wonder about it.

The patient comes back to the core issue of the session. The therapist follows the patient and, using his own realization (FPP and QSPP) of the disturbing event(s) that his EP is/has been fixated on, and his knowledge of the patient's issue (TPP), he makes the following intervention:

THERAPIST: It is not the same when a mother touches her child, when the relationship she has towards her child is one where she considers her child as a full-fledged human being in his or her own right, or when a mother touches her child when she considers her child as *her* object, *her* child.

PATIENT: That's for sure.

THERAPIST: This is not the same thing.

PATIENT: No.

THERAPIST: And the child feels it. I am convinced that children feel such things very early in life.

After a silence the therapist realizes why it has been difficult for him to offer his support to Mrs. A. through the use of touch and he understands why it is difficult for him to offer physical support to female patients (FPP and QSPP). His latest interrogations and reflections on his recent consultation suddenly fit together with the last session and the current one. He decides (TPP) to use disclosure (FPP and QSPP) and to acknowledge his own responsibility in the blocking of some core therapeutic processes in this treatment (SPP).

THERAPIST: And I would like to take the opportunity to apologize for something you may not have noticed and which I am trying to improve. Touch: I often propose my touch as a means of support and I feel I don't really know how to touch you, how to offer you my touch, because I myself don't really know what is a good tactile relationship with a mother.

Patient nods.

THERAPIST: So, if I am awkward sometimes, this awkwardness has nothing to do with you.

The aim of taking responsibility is to free the patient from issues that are related to the therapist. This emotional frankness is something that incest survivors have rarely experienced and therapists can be a role model here and show their patients what a healthy relationship is.

PATIENT: I don't find you awkward because you leave me my freedom.

The patient is mixing her need to be free (QSPP), indeed a very important need for an incest survivor, and the FPP of the therapist.

THERAPIST: Yes, from a technical perspective, I am doing things right. I allow you to be free and master of the situation; we do things at your pace, as you feel it. But I happened recently to tell myself: if I am uncomfortable, then perhaps you feel this on the inside.

Patients nods with a questioning face.

THERAPIST: And maybe by having addressed this here, maybe this can help on the inside. Perhaps you don't notice, but maybe you feel it on the inside.

Patient nods. The therapist has addressed the patient's EPs. It is indeed while confronted to the patient's EP that the therapist has been severely intruded upon by an EP of his own (even if only for a very short moment).

THERAPIST: How do you feel now?

PATIENT: I'm OK. A lot of emotions today. . . . With what you were saying and what I was seeing . . . I try to find the right words . . . No words are necessary, I would say.

THERAPIST: Yes, I understand. . . . Some things don't need to be expressed in words.

At this moment the relationship between patient and therapist is excellent as both are attuned to their respective FPP and QSPP as ANP. It is important to notice that the patient did not switch and did not experience an intrusion of one of her numerous EPs during this session, and the therapist experienced no intrusion from his EP that had intruded upon him in the previous session.

During the next session, while doing some integration work again and progressively exposing the ANP to traumatic material transmitted by an EP, the patient in her ANP was able to weep in the arms of her therapist, something she had never been able to do until that moment. She was crying about the terrible things her father did to her, personifying having been an unprotected, abused child. The therapist felt much more comfortable with her, was able to offer his supporting touch with more ease and also without protective defensive distance. This was possible because he had previously been able to (at least partially) integrate his EP fixated on disturbing moments with his mother. The session that we just described was indeed a breakthrough in the therapy.

In this case, an EP of the therapist was triggered in a session with this DID patient. Later in his psychotherapy, the therapist also analyzed what had occurred more precisely. He had in fact an EP fixated on specific situations with his mother. He discovered in his therapy that, based on early traumatic events, he had learned from experience that sleeping was an efficient way to avoid things that were too overwhelming for him as a child. When he fell asleep in the session with Mrs. A., this was in fact an EP resorting to its usual behavior when facing an overwhelming situation: sleeping. This EP was indeed being triggered by the patient's issue: namely, being treated as an object by the mother. The therapist in his ANP had not yet integrated this EP and the related issue that he had avoided until now. Both situations were not to be compared in terms of severity, but they shared a common theme.

The techniques used by the therapist were (1) the understanding of his countertransference as a transmission of the patient's dissociated issues, (2) disclosure and (3) taking responsibility for the impact of his own issues on the therapy. This vignette illustrates how the emergence of a therapist's EP (or in other words: the activation of a traumatic memory) during a session can be used to discover a problem in the patient and in the therapeutic process, and how it is possible to solve it.

5. An integrated trauma of the therapist emerges in a session with a patient with complex PTSD

The second clinical vignette illustrates how a patient's trauma may activate a therapist's (a priori) integrated trauma. We hypothesized that "traces" of an integrated trauma may still be activated within the therapist when confronted with a patient's trauma that has similarities with the therapist's integrated trauma. The empathic and compassionate engagement occurring in the therapy, involving the mirror neurons, may explain such phenomena.

Mrs. B. is a 30-year-old female patient who was raped by two men when she was 18 years old. She has also experienced sexual molestation during her childhood. These childhood traumas have been integrated successfully with EMDR (eye movement desensitization and reprocessing; Shapiro, 2017). A previous therapy with another therapist allowed the patient to develop a good affect regulation. She has a good job, is married and has a child. She has been in therapy with her present therapist for 6 months. The patient wished to integrate the trauma of the rape with EMDR. At the beginning of the session in which the work was planned, the client says that she feels sad, angry and hopeless. Upon hearing this, the therapist feels a pressure in his chest (FPP), which he defines as anxiety (QSPP). A little surprised to feel these unusual and uncomfortable sensations and emotions, he reflects briefly on how to use this in the relationship with his client. He decides to stay as close as possible to his sensation (concentration on his FPP) while still using it in the therapy (TPP). This leads to the following question (SPP):

THERAPIST: How is your breathing?

PATIENT: The breathing is short. There is fear as well.

The therapist concludes that they are attuned, that his feeling and sensation correspond to some of the client's material. At that moment, he sees an image (FPP) that came up in his own therapy a few years earlier (QSPP). At that time, he had gone back to therapy to work on a situation of sexual molestation, which occurred when he was a child. This situation was regularly triggered by clients' histories. While integrating this event into his own therapy, at some point an image appeared: he was in front of the door of the apartment where the molestation occurred and he could not leave the place, feeling torn between staying and leaving. It is that same image which appears at this very moment while working with Mrs. B. Again, surprised that this image appeared to him in this context (QSPP), he allows himself some time to reflect (TPP) and follows up with what the client had just said (SPP).

THERAPIST: What is the fear connected with?

PATIENT: Right after the rape, I have to get up. Either I stay there, and I die psychologically, or I stand up and I face all I have to endure.

The therapist then reaches a better understanding of the connection between his own image and the client's material that is coming up (FPP and QSPP): feeling torn between staying and leaving. He tries the following intervention based on his countertransference (FPP) and on what the client has just said (SPP).

THERAPIST: It can feel scary to leave the place.

At this moment, he feels that his plexus is more relaxed. When therapists use their disturbing sensations, emotions, images or thoughts brought up in the countertransference, then the

disturbing material suddenly disappears or significantly reduces in intensity.

PATIENT: Yes. How can one get back to life after that? If someone can do that to me, this means that I am nothing. Only that 'thing' on the floor.

At this moment the therapist considers (TPP) that the client is confronted with very difficult material. The client has talked about herself as "that thing". He therefore feels (FPP and SPP) that she should be brought back to humanity, so to say.

THERAPIST: What does this young girl on the floor need?

PATIENT: She needs someone to take care of her and she needs to be washed.

The therapist finds this answer is going in the right direction (TPP), but he feels (FPP) that the client in her ANP seems to be avoiding something important. After a brief reflection on his FPP, he considers that Mrs. B. in her ANP may be avoiding the lack of comfort she experienced in the immediate situation and later, after this severe sexual assault. He therefore proposes the following intervention:

THERAPIST: Maybe she needs someone to hold her in the arms, to be taken back into the world of humans, from which the aggressors wanted to take her?

PATIENT: Yes.

With this intervention the therapist addresses the double issue: the rape was dehumanizing and there was a clear threat to life. The therapist guides the client in a hypno-imaginative exercise where the young girl that is hurt on the floor (that is: the EP) is brought to an imaginary safe place. Her pain is acknowledged, and she is comforted by imaginary beings (Reddemann, 2011; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016).

PATIENT: One girl stands up but another stays on the floor.

The client discovers a double dissociation: not one but at least two EPs have emerged from this situation. This once again resonates with the therapist's trauma (FPP, QSPP) and his next intervention takes this into consideration (TPP, then SPP).

THERAPIST: Maybe she needs someone to sit with her on the floor?

PATIENT (cries): This hurts.

THERAPIST: Yes, this hurts. You are feeling her pain.

Here the therapist reinforces the process of personification by acknowledging the pain with compassion (FPP and SPP).

PATIENT: There is a part of me that is still there. But I feel calmer now.

The session comes to an end and Mrs. B. is indeed calmer and has the impression she has learned a lot.

This session is an example of how therapists' (a priori) integrated traumas can still be activated by their patients' traumas and how therapists can use the sensations, emotions, thoughts or imagery, which emerge in themselves. In this case, the therapist used observations on his first-person perspective as information about the patient's process. He took time to understand how this could relate to the patient's trauma and therapeutic processes

(TPP) before using these elements therapeutically (SPP), that is, to help the patient go forward in the integration of her EPs. By doing so, he reinforced the therapeutic relationship (SPP), which helped the patient with the hard work of (partial) integration. He was able to help Mrs. B. in this process even more because he himself knew how hard it was (FPP and QSPP). When the patient was crying and complaining of pain, and the therapist replied “yes, it hurts”, he was able to empathize with Mrs. B., and we hypothesize that the patient may have felt that the therapist is familiar from personal experience with this kind of pain. Indeed, when the therapist replied “yes, it hurts”, he was not in a TPP, that is, repeating something he had learned in a book or in a seminar. He was saying this in a FPP, which the patient might have felt in her FPP, and this reinforced the SPP. This is generally helpful for the hard work of integration. Saying “yes, it hurts” in a TPP might seem less sincere to patients and as a consequence they might feel less accompanied by their therapists, leading to increased avoidance tendencies in the integration of traumatic memories.

At the end of the session, asking the patient what she had found useful in this hour, Mrs. B. replied that what was particularly helpful was the therapist’s intervention, “*It can feel scary to leave the place*”. She was in fact intrigued by this choice of intervention from her therapist. What may have intrigued her was her impression that the therapist had understood her inner conflict before she did, and this intervention from her therapist enabled her to gain access to it herself. In this clinical vignette, the techniques used by the therapist are different from those used in the previous vignette. There was no disclosure on the part of the therapist, but the use of the emergence of trauma material for the understanding of what was occurring in the patient. Verbal interventions, mostly in the form of questions or propositions, did not include disclosure of the therapist’s experiences but took them into consideration. The therapist noticed his FPP and QSPP, made use of them in a TPP, then in a SPP with the patient. This is in line with the proposition made by Pearlman and Saakvitne (1995, p. 23) that in trauma therapies clinicians can use their countertransference to help clients become aware of previously unconscious or dissociated affects, thoughts or conflicts, thus releasing the therapeutic process.

Much later, as he was reflecting on this important session, the therapist considered that what had been triggered in him in this session might be some limited material that had not been completely synthesized in his own therapy. It is indeed difficult to know for sure if a traumatizing event has been completely synthesized and if the related EP has been fully integrated in the individual’s personality.

6. Discussion and conclusion

Trauma therapists hear terrible stories from their patients. In their contact with their clients, they are in close contact with the patients’ intense emotions and perceptions, surprising sensorimotor reactions, negative thoughts, and images of horrific events. This cannot leave therapists unaffected. In fact, in its description of PTSD, the DSM-5 (APA, 2013, p. 271) lists among possible events leading to PTSD (Criteria A) the experiences of “repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).” This definitely concerns psychotherapists, in particular trauma therapists.

There are three different types of post-traumatic symptoms (WHO, 1992): (1) intrusion of trauma-related elements, (2) avoidance of trauma-related stimuli, and (3) neuro-physiological activations. In their work, therapists may be more aware of intrusions and neuro-physiological activations they may have than of avoidance symptoms. Defensive reactions on the part of therapists

may help them avoid intrusions of trauma-related materials or lead them to misinterpret them. In the first clinical vignette, there was a moment when the therapist was defensively avoidant of his own trauma-related emotional and sensorimotor reactions, but the patient was able to notice this.

In trauma therapies certain elements of clinicians’ countertransference may be unconscious, or dissociated trauma material originating from the patients (Kluft, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995; Steele et al., 2017). When their integrative abilities are insufficiently developed and they face a traumatic event, individuals may divide themselves into an ANP and one or more EPs. With time and increased avoidance tendencies, the ANP has little access to the EP and may not even be aware of it. But the trauma material contained by the EP needs to be transmitted, so to say. It is usually transmitted through symptoms: for example, when a patient experiences anxiety, nightmares, an anger crisis, involuntary movements, flashbacks, etc. We propose that trauma material may also be transmitted from the patient to the therapist via intersubjective phenomena that can occur outside of conscious awareness, as we will discuss later.

A therapist may notice a specific sensation, emotion, image or thought that he or she believes is related to the patient. It is then possible to use these elements in a verbal intervention that will help the patient gain awareness of them and connect with these previously unconscious or dissociated elements. Countertransference is then a powerful opportunity to understand underlying therapeutic processes, or blockings that can be released with verbal interventions. We believe that the use of countertransference can be part of any therapy, whether systemic or cognitive-behavioral therapy.

It may be easier for some therapists than others to be in conscious contact with their patients’ dissociated material. Some therapists may go into a hypnotic trance to better get in contact with the unconscious of the patient (Erickson, cited in Phillips & Frederick, 1995). The clinicians’ first-person and quasi-second perspectives are an important source of information for psychotherapists. This source of information has been described since the early days of modern psychotherapy. The first- and quasi-second person perspectives of a therapist in relation to the work of the patient make each therapy unique.

We recommend that therapists practice awareness of their own sensations, emotions, thoughts and imagery as they emerge (FPP and QSPP). They should then use these observations in an attempt to understand and conceptualize this information (TPP). This may finally lead to a therapeutic – predominantly, but not exclusively – verbal intervention (SPP). We should be aware that the therapist’s first-person perspective does not come out of nowhere. Instead, it develops in an embodied relationship with the patient (SPP), and with the environment in a broader social context (TPP; e.g., level of recognition of sexual violence against children in society and in the psychiatric institution where the therapist is working).

There are many ways to train the ability to notice one’s sensations, emotions, thoughts and inner imagery – psychotherapy, mindfulness training, meditation, etc. – but some individuals might also open their mind through activities such as gardening or swimming, etc. Therapists should keep an open mind to whatever may emerge (Steele et al., 2017). Psychotherapy – especially trauma therapy – is also an adventure for the therapist.

A challenge remains: how are we to understand such intersubjective phenomena as depicted in the two clinical vignettes presented in this paper and as observed since over a century? Empathy is supposed to play an important role in trauma-related countertransference (Pearlman & Saakvitne, 1995; Bouvier & Dellucci, 2017). Empathy is defined by Decety (2005) as “the ability to recognize the emotions and feelings of others with a minimal

distinction between self and other”. Empathy has emotional and cognitive components. Since empathy develops already in infancy, it is considered that the emotional component of empathy develops first (Decety, 2005). We would add a sensorimotor component that is also developed very early in life.

Is trauma-related countertransference limited solely to sharing trauma material between the therapist and the patient? Or is there more at stake? How can the therapist’s own trauma material be activated simply by being with the patient? Quite frequently, therapists perceive elements of their patients’ traumatic experience, which they consciously and explicitly know nothing about.

The theory of the mirror neurons system (MNS) may disclose new ways of understanding such complex phenomena as trauma-related countertransference and the possibly related empathy, but one must be careful not to oversimplify such complex phenomena for which much research is still needed. Since the discovery of MNS in rhesus macaques (Rizzolatti, Fadiga, Fogassi, & Gallese, 1996), a growing body of research has shown that MNS is present also in humans (Iacoboni et al., 2005). When an individual performs a specific action, another individual observing this action will have the same cortical region activated, as if he were performing the same action. This discovery has far more implications than simply understanding how humans learn new movements and actions. MNS is supposed to be involved also in the sharing of emotions and sensations with others. A study by Wicker et al. (2003) showed that the same brain areas were activated in human individuals feeling disgust and in those individuals observing the former. Other studies have obtained similar results with emotions, pain and touch (for a review, see Gallese, 2009). Gallese (2009, 2014) developed the embodied simulation theory to explain underlying mechanisms of the MNS. If we take the example of disgust, it can be modeled that the observer is (unconsciously) ‘simulating’ the feeling of disgust experienced by the person he observes. According to Gallese (2009, 2014) this simulation is meant to be embodied. Embodied simulation is then an underlying mechanism, which “mediates our capacity to share the meaning of actions, intentions, feelings, and emotions with others, thus grounding our identification with connectedness to others” (Gallese, 2009, p. 524). Based on several studies (Umiltà et al., 2001; Kohler et al., 2002), Gallese (2009, p. 521) posits that the mirror neurons’ activities do not imply a sole visual description of the observed action made by another individual, but that this “reflects an internal motor description of the perceived action’s meaning”. The observer must relate to an “internal motor knowledge” to give meaning to the observed action of others. Indeed, perceiving a person’s actions activates neural networks implied in motor action and not merely neural networks implied in perception. This suggests an – at least rudimentary – pre-given internal motor knowledge that may be implicit and prelinguistic (Gallese, 2009). Avenanti, Candidi and Urgesi (2013, p. 156) write of an action observation neural network activated when seeing the action of an individual, which “largely overlaps with the brain network involved in action execution”. Furthermore, MNS is related to an innate tendency to social connectedness, which it also enables, and which develops through the development of the infant and child. Humans are defined as social beings – that is, they are constantly in a second-person perspective since birth – and research has shown that even twin fetuses interact (Zoja et al., 2007). Gallese (2009, p. 530) summarizes his model, stating that “we-ness and intersubjectivity ontologically ground the human condition, in which reciprocity foundationally defines human existence”. Following the above arguments, intersubjectivity is viewed by Gallese (2009, p. 523) “first and foremost as intercorporeity – the mutual resonance of intentionally meaningful sensorimotor behaviors”. That is, intersubjectivity is not seen merely as a cognitive process but relies on sensorimotor actions. It is seen as a

profound body-centered process since the self develops first of all as a bodily self (Gallese, 2014).

MNS implied in the sharing of emotions and sensations with others allows the understanding of empathy and other relational phenomena observed in psychotherapy.

According to Gallese (2009), “the notions of projective identification and the interpersonal dynamic related to transference and countertransference can be viewed as instantiations of the implicit and prelinguistic mechanisms of the embodied simulation-driven mirroring mechanisms.”

Nevertheless, a question remains: what are the neurophysiological mechanisms related to trauma-related countertransference? I propose that the pre-given, often implicit prelinguistic internal motor knowledge (i.e. specific neural networks) of the therapist activates in the presence of the patient through his or her verbal expressions, paraverbal components, emotions, physical motions, etc. When they are discreet, such elements may occur outside of the conscious awareness of the therapist. In this context, trauma-related neural networks of the therapist might be activated, either parallelly or directly, since traumatic experiences of the therapist are indeed pre-given knowledge with a strong bodily component. This supports the hypothesis that trauma-related countertransference should be seen foremost as the activation in the therapist of personal experiences, which emerge in contact with the patient and his or her trauma-related material. These experiences of the therapist may not always be highly traumatic, but they may still hinder the therapeutic process, for example by activating the therapist’s defenses.

Subjectivity and intersubjectivity are the norm in human behavior and communication. Since psychotherapy is based on communication about behavior and mental actions in general, it can hardly avoid subjectivity and intersubjectivity as the working ground of psychotherapy. Psychotherapy is a singular, we-centered shared space and a unique adventure where both patients and psychotherapists learn about themselves – hopefully for the best when the mutual resonances are adequately understood and used. This paper hopes to create a greater awareness of the practical uses of trauma-related countertransference and the underlying neurophysiological mechanisms, which are in much need of further research.

Disclosure of interest

The author declares that he has no competing interest.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition DSM-5*. Washington D.C./London American Psychiatric Publishing.
- Avenanti, A., Candidi, M., & Urgesi, C. (2013). Vicarious motor activation during action perception: Beyond correlational evidence. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 156–163.
- Bouvier, G., & Dellucci, H. (2017). Les traumatismes vicariants. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, & M. Silvestre (Eds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 2689–3278). Paris: Dunod.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5–6, 570–580.
- Decety, J. (2005). Une anatomie de l'empathie. *Psychologie et Neuropsychiatrie Cognitives*, 3(11), 16–24.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York: Routledge.
- Ferenczi, S. (1916). *Introjection and transference*. In his *Contributions to psychoanalysis*. Boston: Richard G. Badger (Original work published 1909).
- Ferenczi, S. (1988). *Clinical Diary*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gallese, V., Eagle, M., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55–1, 132–176.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis for social identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 519–536.

- Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 369, 20130177. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0177>
- Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship*. New York: Wiley.
- Hayes, J. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21–36.
- Heiman, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J., & Rizzolatti, G. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLOS Biology*, 3, 529–535.
- Kluft, R. P. (1994). Countertransference in the treatment of multiple personality disorder. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 122–150). New York: Guilford.
- Kohler, E., Keyzers, C., Umiltà, A., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science*, 297, 846–848.
- Nijenhuis, E. R. (2015a). Boundaries on the concept of dissociation and dissociative parts of the personality: Required and viable. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34-1, 55–85.
- Nijenhuis, E. R. (2015b). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control, Volume 1 and 2*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Nijenhuis, E. R. (2017). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control. Volume 3*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Northoff, G. (2003). *Philosophy of the brain: The brain problem*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: WW Norton & Co.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self. Clinical and Eriksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. New York: Norton.
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles: Satas.
- Piedfort-Marin, O. (2018). Transference and countertransference in EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12-3, 158–172.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytical Quarterly*, 26, 303–357.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. London: The Hogarth Press.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch imaginative traumatherapie PITT—Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta Label.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., & Gallese, V. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141.
- Ross, C. A. (2013). *Structural dissociation: A proposed modification of the theory*. Manitou Communications, Richardson, TX.
- Ross, C. A. (2014). Unresolved problems in the theory of structural dissociation. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33(1), 74–106.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. New York: Norton.
- Umiltà, M. A., Kohler, E., Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., Keyzers, C., et al. (2001). "I know what you are doing": A neurophysiological study. *Neuron*, 32, 91–101.
- Wicker, B., Keyzers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 655–664.
- Zoia, S., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., Pezzetta, E., Scabar, A., et al. (2007). Evidence of early development of action planning in the human foetus: A kinematic study. *Experimental Brain Research*, 176, 217–226.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.
- World Health Organization (1992). *ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.

ANNEXE I



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Editorial

Trauma and the therapist

Le trauma et le thérapeute



1. English version

In the field of psychotraumatology, the numerous trauma therapies, concepts and techniques, as well as recent RCT studies, constitute a vast area of knowledge which has attracted the attention of many clinicians. There is a large (but not unanimous) consensus that the relationship between the therapist and the client is central to an optimal application of techniques, and general guidelines provide clinicians with advice on how to develop a good rapport with their clients. Nevertheless, these guidelines may not delve deeply enough into the complexities of the intersubjective phenomena occurring in the emotionally-intimate client-therapist relationship. Why is that the case? Are we therapists too reserved? We expect our patients to express their deepest feelings and share their most degrading experiences. Perhaps we can learn from their courage.

The literature on psychotraumatology has not focused enough on the effect of trauma therapies on therapists. No one working with traumatized clients can remain unaffected by the difficult life circumstances the survivors depict. Moreover, the way we clinicians deal with this indirect exposure to trauma has a discernible effect on therapy, the relationship between therapist and client, and finally on the client.

We should also keep in mind that therapists do not live on another planet where all human beings are kind to each other. Psychotherapists and other mental health professionals may not always understand what victims have gone through or comprehend how certain cultures deal with rape or violence. Nevertheless, therapists and trauma patients live in the same world, which is far from perfect. Sometimes therapists themselves experience traumatizing events. At times they have not yet discovered their forgotten traumas, or not yet realized the true impact of their traumas on their life and their work.

Sandor Ferenczi was arguably one of the first clinicians to focus on the effect of trauma and of trauma therapy on the therapist, and their effects in turn on the therapeutic process. In the field of complex traumatization, most major authors acknowledge the difficulties of trauma therapies and the way transference and countertransference can enable or hinder the flow of therapy. Nevertheless, I believe that countertransference is best explained with real-life examples. This implies that therapists are prepared to reveal personal experiences of trauma-related countertransference to their colleagues, guided by their heart and gut but within a defined conceptual framework and under ethical guidance.

We cannot perform trauma therapy without asking ourselves the following questions: will I be able to confront what the client needs to share with me? Am I able to listen to such horrific stories? Can I bear to listen again to an account of sexual abuse which I know so well from my own embodied experience?

We cannot undertake trauma therapies without knowing our own physical tendencies when we listen to stories of violence or neglect. A number of questions arise: do we freeze? Do we have to control our inner rage? Do we feel our heart rate increase? Do we feel compelled to move, to do something, no matter what? Do we cry?

We cannot perform trauma therapies without being clear about our own ways of facing our emotions, sensations, thoughts and imagery. Do we accept to be momentarily overwhelmed? Do we suddenly engage in a theoretical internal dialogue? Do we go have a drink? Or perhaps too many drinks? Do we finish the session earlier or much later than usual? Do we start to minimize the impact of violence and neglect?

Finally, we should not engage in trauma therapy without being conscious of the fact that we will feel pain, that we will discover things about ourselves which we did not necessarily want to see, and that it will change us.

This issue of the *European Journal of Trauma and Dissociation* addresses the person of the therapist. Most of the articles are based on presentations given at the 2nd conference of the AFTD (French-speaking Association of Trauma and Dissociation) which was held in Lyon, France, in March 2018. “At last presenters talk about us!” several participants exclaimed at the conference. Indeed, trauma therapy is so difficult that we may tend to focus on choices of techniques or methods, and to engage in disputes about concepts, all too often forgetting to take care of ourselves as clinicians and human beings. By taking good care of ourselves as clinicians, we will improve our ability to efficiently treat our clients.

“Trauma is contagious”, Judith Herman (1992, p. 140) memorably stated (. There may be different ways to describe the impact of trauma on therapists. I have been greatly influenced by the work of Pearlman and Saakvitne (1995). They give a complex but clear account of the phenomena that trauma therapists can experience in their work: secondary traumatization, vicarious traumatization, compassion fatigue, trauma-related countertransference. According to these authors, secondary traumatization relates to the post-traumatic symptoms that therapists may develop when exposed to a particular client's trauma's narrative. Figley (1995) identifies this phenomenon as compassion fatigue. On the other hand, vicarious traumatization

relates to the negative transformation of the therapists' personality through their work with traumatized clients in general. It relates to the transformation of their beliefs about self, others and the world, of their interpersonal relationships, their fundamental psychological needs, their spirituality, etc. These changes profoundly affect their personality, and this affects their work in turn. While Herman interchangeably uses the terms of vicarious traumatization and "traumatic countertransference", it may be clearer to use the term of "trauma-related countertransference" and to define it strictly among the phenomena of countertransference (countertransference being defined as the therapist's reactions to the client, whether conscious or unconscious, in response to the client's transference, but also in response to any other material). Therefore, trauma-related countertransference can be best understood as the effect of the therapist's own traumas or issues on his reactions to the client, the patient's history and symptoms, etc. This of course also happens when the therapist has amnesia related to his or her traumas or experiences of neglect, or when these experiences are felt to be, but are not in effect fully, resolved.

Working with traumatized clients, in particular clients with complex post-traumatic stress disorder or severe dissociative disorder, is a challenge. According to [Pearlman and Saakvitne \(1995\)](#), p. 281 "vicarious traumatization is inevitable". Therefore, we trauma therapists need to protect ourselves from the possible negative effects of our work. We need to learn how to work in a way that takes into consideration the effect of the clients' traumas on ourselves and on our work, as well as the effect of our own traumas and issues on our work and on our clients. We need to learn ways to solve problems occurring when traumas challenge us as therapists and as human beings, so that we can stay as safe as possible over the course of this difficult journey which is trauma therapy.

In this special issue on "trauma and the therapist" a series of articles will focus directly on clinical practice, thanks to authors who have shared their experiences. Psychotherapy of traumatized individuals is complex by definition. Integrating such complex intersubjective phenomena as trauma-related countertransference and vicarious traumatization into the treatment conceptualization makes it even more complex. However, avoiding this complexity is a trap in which both patient and therapist risk being caught. Therapy is an encounter between two unique individuals. Let us, therefore, contemplate together who we are.

Disclosure of interest

The author teaches on this subject. Otherwise he declares that he has no competing interest.

2. Version française

Dans le domaine de la psychotraumatologie, les nombreux concepts, thérapies et techniques relatifs aux traumatismes, ainsi que les récentes études RCT, constituent un vaste domaine de connaissances qui attire l'attention de nombreux cliniciens. Il existe un large consensus (mais pas unanime) sur le fait que la relation entre le thérapeute et le client est essentielle pour une application optimale des techniques, et des directives générales donnent aux cliniciens des conseils sur la manière de développer de bonnes relations de travail avec leurs clients. Néanmoins, ces directives peuvent ne pas aller assez profondément dans la complexité des phénomènes intersubjectifs se produisant dans la relation émotionnellement intime entre le client et le thérapeute. Pourquoi est-ce ainsi ? Sommes-nous trop réservés ? Nous attendons de nos patients qu'ils expriment leurs sentiments les

plus profonds et partagent leurs expériences les plus dégradantes. Peut-être pourrions-nous apprendre de leur courage.

La littérature n'a pas suffisamment mis l'accent sur l'effet des thérapies des traumas sur les thérapeutes. Travailler avec des clients traumatisés ne peut laisser personne indifférent face aux vies difficiles que les survivants décrivent. Et la façon dont nous, cliniciens, traitons cette exposition indirecte à ces traumatismes a un effet sur la thérapie, la relation entre le thérapeute et le client et finalement sur le client.

Nous devons également garder à l'esprit que les thérapeutes ne vivent pas sur une planète à part où tous les humains seraient gentils les uns envers les autres. Les psychothérapeutes et autres professionnels de la santé mentale peuvent ne pas toujours comprendre ce que les victimes ont vécu ou la manière dont certaines cultures font face au viol et à la violence. Néanmoins, les thérapeutes et les patients traumatisés vivent dans le même monde et ce monde est loin d'être parfait. Parfois, les thérapeutes ont fait l'expérience d'événements traumatisants. Parfois, ils n'ont pas encore découvert leurs traumatismes amnésiés ou n'ont pas encore compris le véritable impact de leurs traumatismes sur leur vie et leur travail.

Sandor Ferenczi a probablement été l'un des premiers cliniciens à centrer ses travaux sur les effets du traumatisme et de la thérapie du traumatisme sur le thérapeute, et sur leurs effets en retour sur le processus thérapeutique. Dans le domaine de la traumatisation complexe, la plupart des auteurs reconnus citent les difficultés inhérentes à ces thérapies et la manière dont le transfert et le contre-transfert peuvent favoriser ou freiner le flux de la thérapie. Néanmoins, j'estime que le contre-transfert s'explique mieux par des exemples concrets. Cela implique que les thérapeutes osent révéler à leurs collègues les expériences de contre-transfert lié à des traumatismes, en utilisant leur cœur et leurs tripes, mais dans un cadre conceptuel défini et suivant les directives éthiques.

Nous ne pouvons pas faire de thérapie des séquelles de traumatismes sans répondre aux questions suivantes : pourrai-je faire face à ce que le client a besoin de partager avec moi ? Puis-je écouter des histoires aussi horribles ? Puis-je tolérer d'entendre à nouveau une histoire de violence sexuelle que je connais si bien dans ma chair ?

Nous ne pouvons pas faire de thérapie des traumatismes sans connaître nos propres tendances physiques lorsque nous écoutons des histoires de violence ou de négligence : est-ce que nous nous figeons ? Devons-nous contrôler notre rage intérieure ? Est-ce que nous sentons notre cœur battre plus fort ? Avons-nous besoin de bouger, de faire quelque chose, peu importe quoi ? Pleurons-nous ?

Nous ne pouvons pas faire de thérapies des traumatismes sans connaître clairement nos propres manières de faire face à nos émotions, nos sensations, nos pensées et nos images internes : acceptons-nous d'être submergés ? Sommes-nous soudainement engagés dans un dialogue interne théorique ? Allons-nous boire un verre ? Ou trop de verres ? Est-ce que nous terminons la séance plus tôt ou beaucoup plus tard que d'habitude ? Commençons-nous à minimiser l'impact de la violence et de la négligence ?

Enfin, nous ne pouvons pas faire de thérapie des traumatismes sans être conscients que nous ressentirons de la douleur, que nous découvrirons des choses sur nous-mêmes que nous ne voulions pas voir, et que ce travail va nous changer.

Ce numéro de la *Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation* a pour thème la personne du thérapeute. La plupart des articles sont basés sur des présentations de la 2^e conférence de l'Association francophone du trauma et de la dissociation (AFTD) qui s'est tenue à Lyon, en France, en mars 2018. « Enfin les orateurs parlent de nous ! » ont déclaré plusieurs participants. En effet, la thérapie des traumatismes est si difficile que nous pouvons avoir tendance à nous concentrer sur le choix de techniques ou de méthodes et à nous engager dans des conflits à propos des

concepts, en oubliant trop souvent de prendre soin de nous-mêmes en tant que cliniciens et en tant qu'êtres humains. En prenant bien soin de nous en tant que thérapeutes, nous augmenterons notre capacité à traiter efficacement nos clients.

« Le traumatisme est contagieux », a déclaré Judith Herman (1992, p. 140). Il peut y avoir différentes manières de décrire l'impact d'un traumatisme sur les thérapeutes. Les travaux de Pearlman et Saakvitne (1995) m'ont beaucoup influencé. Ils donnent une vision complexe, mais claire des phénomènes que les thérapeutes spécialisés en psychotraumatologie peuvent vivre dans leur travail : traumatisme secondaire, traumatisme vicariant, fatigue de compassion, contre-transfert lié à des traumatismes. Selon ces auteurs, le traumatisme secondaire se réfère aux symptômes post-traumatiques que les thérapeutes peuvent développer lorsqu'ils sont exposés au récit du traumatisme d'un client en particulier. Figley (1995) nomme ce phénomène fatigue de compassion. D'autre part, le traumatisme vicariant est défini par la transformation négative de la personnalité des thérapeutes lors de leur travail avec des clients traumatisés en général. Cela implique la transformation de leurs croyances à propos d'eux-mêmes, d'autrui et du monde, leurs relations interpersonnelles, leurs besoins psychologiques fondamentaux, leur spiritualité, etc. Ces changements affectent profondément la personnalité des cliniciens, ce qui affecte leur travail en retour. Bien qu'Herman utilise alternativement les termes de traumatisation vicariante et de « contre-transfert traumatique », il peut être plus clair d'utiliser le terme de « contre-transfert lié à un traumatisme » et de le définir strictement parmi les phénomènes de contre-transfert (le contre-transfert étant défini comme toutes les réactions, inconscientes et conscientes, du thérapeute face au client, en réponse au transfert du client, mais également en réponse à tout autre élément). Par conséquent, il est utile de comprendre le contre-transfert lié au traumatisme comme l'effet des traumatismes ou des problématiques du thérapeute sur ses réactions face au client, aux symptômes et à l'histoire du patient, etc. Cela a lieu aussi lorsque le thérapeute a une amnésie de certaines expériences traumatisantes ou de négligence ou lorsque ces expériences sont ressenties comme résolues, mais ne le sont pas ou pas complètement.

Travailler avec des clients traumatisés, en particulier des clients présentant un trouble de stress post-traumatique complexe ou un trouble dissociatif sévère, constitue un défi. Selon Pearlman et Saakvitne (1995), p. 281, « le traumatisme vicariant est inévitable ».

Par conséquent, nous, thérapeutes travaillant en psychotraumatologie, nous devons nous protéger des éventuels effets négatifs de notre travail. Nous devons apprendre à travailler de manière à prendre en compte l'effet des traumatismes des clients sur nous-mêmes et notre travail, ainsi que l'effet de nos propres traumatismes et problématiques sur notre travail et sur nos clients. Nous devons apprendre à résoudre les problèmes qui se posent lorsque des traumatismes nous interpellent en tant que thérapeutes ou en tant qu'êtres humains, afin de rester en sécurité autant que possible dans ce parcours difficile qu'est la thérapie des traumatismes.

Dans ce numéro spécial sur « le trauma et le thérapeute », une série d'articles ciblera directement la pratique clinique, grâce à des auteurs qui partagent leurs expériences. La psychothérapie d'un individu traumatisé est complexe par définition. L'intégration dans la conceptualisation du traitement de phénomènes intersubjectifs complexes tels que le contre-transfert lié au traumatisme et le traumatisme vicariant la rend encore plus complexe. Mais éviter cette complexité est un piège dans lequel le patient et le thérapeute risqueraient d'être pris. La thérapie est une rencontre entre deux individus uniques. Par conséquent, réfléchissons ensemble sur qui nous sommes.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur enseigne sur ce sujet. En dehors de cela, l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts..

References

- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W Norton & Co.

O. Piedfort-Marin
University of Lorraine, Metz, APEMAC/EPSSAM EA 4360, Institut Romand
de Psychotraumatologie, 1006 Lausanne, Switzerland

E-mail address: olivier.piedfort@gmail.com