

Le traitement de la dissociation traumatique par l'hypnothérapie PTR

Julien LOCIURO

Mémoire réalisé sous la direction de
Monsieur le Professeur Christophe LEYS
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences psychologiques

Année académique 2018-2019



Remerciements

Je remercie :

Gérald Brassine, qui m'a formé à l'approche PTR.

*Thierry Melchior, qui m'a également formé à l'hypnose thérapeutique et aux thérapies
brèves.*

*Mon promoteur, Christophe Leys, pour sa disponibilité, son enthousiasme et son aide
quant à ce travail.*

*Les thérapeutes PTR ainsi que leurs patients qui ont participé à l'étude.
Je tiens également à remercier les personnes qui m'ont encouragé tout au long de cette
période.*

Enfin, je remercie les relations et événements de vie qui m'ont mené jusqu'ici-même.

Résumé

Ce mémoire s'intéresse à la PTR, une approche psychothérapeutique du traumatisme utilisant l'hypnose.

La littérature sur le traumatisme et la dissociation nous permet de constater que s'effectue un rapprochement progressif entre les troubles liés au traumatismes et au stress, les troubles dissociatifs et les troubles somatoformes. En effet, les conceptions actuelles vont vers une étiologie commune de ces troubles, à savoir les vécus traumatiques. Nous montrons que le mécanisme central derrière tout type de traumatisme est la dissociation. La dissociation y est présentée comme un mécanisme de défense qui se met en place automatiquement au moment du trauma lorsqu'il y a débordement des défenses du sujet. Cette dissociation devient un trouble qui perdure dans le temps lorsque l'individu reste sujet à la dissociation, ne parvenant pas à réintégrer de manière normale diverses fonctions (conscience, mémoire, identité, émotions, perceptions, etc.).

Nous abordons la psychothérapie du traumatisme dans le courant des thérapies brèves et de l'hypnose, courant auquel appartient la PTR. Nous présentons la tendance thérapeutique actuelle, qui se centre sur le traitement de la dissociation au travers de la stabilisation du patient et d'un travail de reconsolidation mnésique. Nous détaillons les objectifs, principes, précautions et techniques de cette approche. Nous apportons des réponses quant aux raisons pour lesquelles l'hypnose est utile dans ce contexte. Ceci nous amène à établir un rapprochement entre les caractéristiques de la transe hypnotique et la nature dissociative du traumatisme. Les spécificités de la PTR sont exposées, mettant en exergue l'intérêt de celles-ci.

Nous émettons l'hypothèse que la PTR permet de diminuer la symptomatologie dissociative d'adultes traumatisés.

L'expérience conçue a pour but de vérifier cette hypothèse. Vingt-six patients et six thérapeutes PTR ont participé à l'étude. Le recueil de l'histoire traumatique des sujets s'est fait au travers du questionnaire TEC (Traumatic Experiences Checklist). Les symptômes dissociatifs ont été évalués au travers du questionnaire MID (Multidimensional Inventory of Dissociation), portant sur vingt-deux symptômes dissociatifs. Nous avons soumis les scores obtenus au MID avant et après thérapie PTR à une ANOVA à mesures répétées. En accord avec notre hypothèse, nous constatons que la symptomatologie dissociative des patients de l'échantillon après la thérapie PTR est significativement et grandement inférieure à celle d'avant celle-ci. Les résultats sont particulièrement probants pour l'ensemble des symptômes dissociatifs généraux (amnésie, flashbacks, dépersonnalisation, déréalisation, transe et symptômes somatoformes), symptômes que l'on peut retrouver dans tout type de traumatisme.

Abstract

This thesis addresses PTR, a psychotherapeutic approach to trauma using hypnosis.

The literature on trauma and dissociation shows that there is a progressive convergence between trauma and stress-related disorders, dissociative disorders and somatic symptom disorders. Indeed, current conceptions point towards a common etiology of these disorders, namely traumatic experiences. We show that the central mechanism behind any type of trauma is dissociation. Dissociation is presented as a defense mechanism that is automatically triggered at the time of the traumatic event when the subject's defenses are overwhelmed. This dissociation becomes a disorder that lasts over time when the person remains subjected to dissociation, failing to reintegrate in a normal way various functions (consciousness, memory, identity, emotions, perceptions, etc.).

We approach trauma psychotherapy in the context of brief therapies and hypnosis, to which PTR belongs. We present the current therapeutic trend, which focuses on the treatment of dissociation through patient stabilization and memory reconsolidation. We detail the objectives, principles, precautions and techniques of this approach. We provide answers as to why hypnosis is useful in this context. This leads us to establish a correlation between the characteristics of the hypnotic trance and the dissociative nature of trauma. The specificities of PTR are presented, highlighting their relevance.

We suggest that PTR reduces dissociative symptomatology in traumatized adults.

The experiment is designed to test this hypothesis. Twenty-six patients and six PTR therapists participated in the study. The traumatic history of the subjects was collected through the Traumatic Experiences Checklist (TEC) questionnaire. Dissociative symptoms were assessed through the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) questionnaire, covering twenty-two dissociative symptoms. We submitted the MID scores obtained before and after PTR therapy to a repeated measure ANOVA. In accordance with our hypothesis, we find that the dissociative symptomatology of the samples' patients after PTR treatment is significantly and largely inferior to that before treatment. The results are particularly conclusive for all general dissociative symptoms (amnesia, flashbacks, depersonalization, derealization, trance and somatoform symptoms), symptoms that can be found in any type of trauma.

Table des matières

Introduction	1
I Développement théorique	4
1 Le traumatisme	5
1.1 Définitions actuelles	5
1.2 Catégorisation des traumatismes	5
1.2.1 Événements et situations traumatogènes	5
1.2.2 Typologie des traumatismes	6
1.3 Symptomatologie de l'état de stress post-traumatique	9
1.3.1 Temporalité de la symptomatologie	10
1.3.2 L'ESPT simple	10
1.3.3 L'ESPT complexe	14
1.3.4 Les troubles associés	15
1.4 Le traumatisme dans le DSM et ses évolutions	15
2 La dissociation traumatique	19
2.1 La dissociation dans le DSM	19
2.1.1 Les troubles dissociatifs	19
2.1.2 ESPT et dissociation	21
2.2 Étiologie traumatique de la dissociation	22
2.2.1 Le précurseur : Pierre Janet	22
2.2.2 La dissociation comme mécanisme de défense	24

2.2.3	Résultats de quelques études	24
2.2.4	Dissociation et traumatisme infantile	25
2.3	Modèles et concepts de la dissociation traumatique	26
2.3.1	La dissociation sur un continuum allant du normal au pathologique	26
2.3.2	Deux types de dissociation : le détachement et la compartemen- talisation	27
2.3.3	Dissociation psychoforme et somatoforme	28
2.3.4	La dissociation structurelle	29
2.4	Éléments de neurobiologie de la dissociation	30
2.4.1	Amnésie dissociative et reviviscences : le rôle du cortisol, de l'amyg- dale et de l'hippocampe	30
2.4.2	Déréalisation/dépersonnalisation et analgésie : la théorie polyvagale	32
2.4.3	Types de dissociation : insuffisance ou excès d'inhibition cortico- limbique	33
2.5	Symptomatologie dissociative du traumatisme	34
2.5.1	Dissociation cognitive	35
2.5.2	Dissociation affective	36
2.5.3	Dissociation somatique	37
2.5.4	Dissociation comportementale	38
3	Psychothérapie du traumatisme	40
3.1	La stabilisation du patient	40
3.1.1	Psychoéducation sur les mécanismes du traumatisme	41
3.1.2	Éviter la réactivation des mnésies traumatiques	42
3.1.3	Rééquilibrer le système nerveux autonome	45
3.2	Les ressources du patient	48
3.2.1	Relever les ressources	48
3.2.2	L'utilisation des ressources	49
3.2.3	Les types de ressources	49
3.3	La reconsolidation des mnésies traumatiques	53

3.3.1	Les allers-retours entre le souvenir traumatique et un état de ressource	54
3.3.2	Le changement du scénario traumatique	54
3.3.3	Le travail lorsque l'événement traumatique est amnésié	55
4	L'hypnose	59
4.1	Un bref historique de l'hypnose	59
4.2	Les types de trances	61
4.3	La transe hypnotique	62
4.3.1	La réalité de la transe hypnotique	62
4.3.2	Caractéristiques de la transe hypnotique	62
4.4	L'(hétéro-)hypnose	65
4.4.1	Diverses pratiques	65
4.4.2	La relation hypnotique	65
4.4.3	Les inductions hypnotiques	67
5	La psychothérapie du trauma réassociative (PTR)	70
5.1	Hypnothérapie et psychothérapie du traumatisme	70
5.1.1	Réorienter la transe traumatique en transe hypnotique positive . .	71
5.1.2	Potentialiser par l'absorption les techniques utilisées en psychothérapie du traumatisme	72
5.2	PTR - Principes et techniques de base	73
5.3	Les spécificités de la PTR	74
5.3.1	Une hypnose ericksonienne conversationnelle et collaborative . .	74
5.3.2	Utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs	77
5.3.3	L'inconfort physique comme symptôme dissociatif étanche	80
	Conclusion de la partie théorique	82

II	Développement pratique	85
6	Évaluation de la PTR	86
6.1	Introduction	86
6.2	Méthode	86
6.2.1	Participants	86
6.2.2	Matériel	87
6.2.3	Déroulement	91
6.2.4	Plan de la recherche	92
6.3	Analyse des données	92
6.3.1	Méthode d'analyse	92
6.3.2	Analyses préliminaires	93
6.3.3	Résultats	94
6.4	Interprétation des résultats	95
6.4.1	Discussion	95
6.4.2	Limites	96
6.5	Conclusions	98
6.5.1	Théorie et psychothérapie de la dissociation et du traumatisme	98
6.5.2	La thérapie PTR	99
6.5.3	Perspectives	99
	Références	101
	Annexes (électroniques)	108
	Annexe A - Questionnaire TEC	109
	Annexe B - Questionnaire MID	116
	Annexe C - Description de l'échantillon sur base du TEC	126
	Annexe D - Données des questionnaires MID	128

Introduction

L'hypnose aujourd'hui fascine. On en entend de plus en plus parler dans les médias, que ce soit de l'hypnose de spectacle, de rue ou de l'hypnose médicale où l'on propose à des patients de se faire opérer sous hypnose.

Mais qu'en est-il de son utilisation dans le cadre de la psychothérapie des traumatismes ?

Elle fut utilisée avec succès par le précurseur que fut Pierre Janet, collaborateur de Charcot à l'hôpital de La Salpêtrière. Selon lui, les symptômes du traumatisme seraient causés par la dissociation, un mécanisme de défense qui protège le sujet de l'excitation émotionnelle trop importante liée à un souvenir traumatique, en isolant celui-ci du reste de la conscience. Cette partie dissociée continue d'agir de manière automatique et hors conscience, provoquant divers symptômes, notamment les symptômes hystériques. Selon Janet, le souvenir traumatique est lié à un événement réellement vécu par le sujet. Le traumatisme pourrait être guéri en ramenant à la conscience le souvenir traumatique refoulé grâce à l'hypnose et en proposant au sujet hypnotisé de vivre un scénario imaginaire alternatif lié à cet événement et dont l'issue est favorable.

Freud utilisa l'hypnose pendant tout un temps avant de l'abandonner au profit de la cure analytique, considérant que l'hypnose a comme principe premier la suggestion, à éviter. Il va par ailleurs considérer que le traumatisme qui cause l'hystérie n'est pas lié à un événement réellement vécu par le sujet, comme le pense Janet, mais découle d'un fantasme de séduction.

Ainsi, l'influence de Freud fera que seront abandonnées les recherches de Janet sur les traumatismes découlant d'événements réellement vécus par le sujet et leur traitement par utilisation de l'hypnose.

L'hypnose clinique moderne, l'hypnose ericksonienne, s'est développée dans les années 1930-1970 avec les travaux de Milton Erickson, psychiatre américain. Erickson utilisa l'hypnose dans toute une série d'applications cliniques. Ses travaux ont notamment influencé le développement de la thérapie brève et de la pensée systémique de l'école de

Palo Alto. Plus récemment, l'avènement des neurosciences a permis de montrer que l'état de transe hypnotique existe et correspond à un état du cerveau différent des états de veille et de sommeil.

L'intérêt pour les traumatismes liés à des événements réellement vécus est réapparu lors de la 1^{ère} guerre mondiale, avec le retour de soldats en état de choc. C'est en 1980 qu'apparaît dans le DSM-III le syndrome de stress post-traumatique et c'est également pendant cette période que s'opère un regain d'intérêt pour les travaux de Janet sur les traumatismes, la dissociation traumatique et l'hypnose par van der Kolk et van der Hart.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Comment définit-on le traumatisme et quelles en sont ses caractéristiques ? Qu'en est-il de la psychothérapie du traumatisme ? Quelle est la place de l'hypnose au sein de celle-ci ? Plus spécifiquement, qu'en est-il de la PTR, une approche spécifique de la thérapie des traumatismes utilisant l'hypnose, développée par Gerald Brassine, psychothérapeute belge, fondateur de l'Institut Milton Hyland Erickson de Belgique ?

C'est ce que nous proposons d'éclaircir au travers de ce travail.

Celui-ci est composé d'une partie théorique et d'une partie pratique.

La partie théorique constitue la première partie.

Le premier chapitre aborde le traumatisme. Plus spécifiquement, il présente ses définitions actuelles, les types de traumas et la symptomatologie associée. Sont abordées plus spécifiquement la symptomatologie de l'ESPT simple et complexe. Le chapitre se termine par un bref historique de l'évolution du concept de traumatisme dans le DSM.

Le second chapitre développe le concept fondamental de dissociation traumatique. La première partie présente les définitions de la dissociation, la typologie des troubles dissociatifs du DSM, ainsi que la symptomatologie dissociative de l'ESPT. La seconde partie décrit les théories concernant l'étiologie traumatique de la dissociation. Sont présentés quelques modèles et concepts actuels de la dissociation traumatique. Des éléments concernant la neurobiologie du traumatisme sont également apportés. Enfin, le chapitre se conclut par une synthèse de la symptomatologie dissociative du traumatisme.

Le troisième chapitre aborde la psychothérapie du traumatisme chez l'adulte. De manière plus précise, il détaille les objectifs, principes, précautions et techniques principaux de travail avec les personnes traumatisées et qui découlent des caractéristiques du traumatisme.

Les chapitres quatre et cinq ont pour objet l'hypnose dans la thérapie des traumatismes.

Le quatrième chapitre présente les concepts de base de l'hypnose et les caractéristiques de la transe hypnotique.

Le cinquième chapitre, quant à lui, établit dans un premier temps un rapprochement entre les caractéristiques de la transe hypnotique et la symptomatologie traumatique. Ceci permet d'expliquer dans un second temps en quoi l'utilisation de l'état de transe hypnotique est utile dans la thérapie des traumatismes. Ce chapitre présente ensuite plus spécifiquement l'approche PTR de thérapie des traumatismes. Enfin, les spécificités de la PTR sont décrites en mettant en exergue l'intérêt de celles-ci.

Cette partie théorique se clôture par une synthèse de ce qui a été développé.

La partie pratique consiste en une étude expérimentale permettant d'évaluer, chez des patients adultes traumatisés, l'évolution de leur symptomatologie dissociative suite au traitement par la PTR.

Le sixième et dernier chapitre présente la méthodologie et les résultats de cette étude. Les résultats et limites sont discutés et le chapitre se clôt avec les conclusions et perspectives.

Première partie

Développement théorique

Chapitre 1

Le traumatisme

1.1 Définitions actuelles

Crocq (2014) définit le traumatisme psychique comme étant "... un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur." (2014, p.10).

Salmona (n.d) propose la définition suivante : "[Le traumatisme psychique est] ... l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. (n.d, para. 3).

1.2 Catégorisation des traumas

1.2.1 Événements et situations traumatogènes

Comme on peut le retrouver dans divers ouvrages (Barois, 2016; Josse, 2007; Levine, 2016; Rothschild, 2008), plusieurs événements et situations peuvent être vécus comme traumatisants, par exemple :

- Événements : les abus sexuels, les maltraitements physiques, les agressions, les faits de guerre, l'emprisonnement, la prise d'otage, les actes terroristes, la torture, les

catastrophes naturelles, les accidents (carambolages, incendies ...), un accouchement difficile, les procédures médicales invasives, l'annonce d'un diagnostic de maladie mortelle. L'événement traumatogène peut avoir eu lieu ou cela a pu également être la menace de celui-ci. Par exemple, la menace d'un viol par un agresseur peut être traumatogène, sans que le viol se concrétise. Ce peut être également le rappel d'un événement ancien aux potentialités traumatogènes, mais qui n'avait pas produit de symptômes au moment de sa survenue ;

- situations : relations interpersonnelles traumatisantes au cours de l'enfance, comme peuvent l'être des situations d'abandon, de négligence et de carences affectives.

Trauma et traumatisme

Rothschild (2008) explique qu'il est tout à fait possible d'avoir vécu un événement délétère potentiellement traumatisant sans qu'il y ait de séquelles traumatiques. Elle explique que différents facteurs peuvent influencer la probabilité de survenue ou non de séquelles traumatiques chez une personne, tels la prévisibilité de l'événement, le système de croyances, les expériences antérieures de vie, les ressources internes, le soutien immédiat de proches et/ou de la communauté, la réaction de l'individu face à la menace (tentative de lutte ou fuite, ou état de figement).

L'événement ou la situation traumatogène est appelé trauma, tandis que les conséquences de celui-ci, traumatisme ou psychotraumatisme.

1.2.2 Typologie des traumas

De ce qui précède, on peut constater qu'il existe un panel fort varié d'événements et situations traumatogènes. Dans cette section, nous présentons quelques catégorisations possibles (Josse, 2013a).

Individuel et collectif

Un événement traumatogène peut avoir traumatisé une seule personne, par exemple une agression physique, ou bien plusieurs, par exemple un tremblement de terre. On peut retrouver comme collectivité traumatisée des individus qui n'ont pas de relation particulière, ou bien une famille, un groupe particulier, une communauté, etc.

Origine naturelle et humaine

Un événement traumatogène peut être naturel, par exemple l'éruption d'un volcan, ou d'origine humaine, par exemple des faits de guerre. Les événements traumatogènes d'origine humaine peuvent eux-mêmes être intentionnels ou non intentionnels. Par exemple, la torture est intentionnelle, mais un accident de la route impliquant deux conducteurs peut ne pas l'être.

Direct et indirect

On parle de trauma direct, ou primaire, quand la personne traumatisée l'est par un contact direct avec l'événement traumatogène. Il concerne donc soit la personne qui subit l'événement, soit un témoin, soit l'acteur même de l'événement.

Il s'agit d'un trauma indirect (également appelé secondaire, vicariant, par ricochet) lorsqu'une personne devient traumatisée suite à son contact avec la personne qui a été traumatisée de manière directe. Par exemple, des amis ou des membres de la famille de la victime, ou bien même par exemple un psychologue qui la prend en charge peuvent ainsi être traumatisés dans un second temps, suite à ses récits et/ou comportements.

En fonction de l'âge de l'individu

On peut catégoriser les traumas en fonction de l'âge de la personne au moment de l'événement ou de la situation traumatogène (Smith, 2016c). Il y a ainsi des traumas chez l'adulte, l'adolescent, l'enfant, le tout-petit (trauma précoce). On parle également de trauma intra-utérin (qui affecte le fœtus en gestation) ainsi que de trauma intergénérationnel, qui se transmet d'une génération à la suivante.

On peut également faire référence à l'âge actuel de la personne traumatisée. Ainsi, on peut évoquer une personne adulte qui souffre d'un trauma survenu pendant son enfance.

Traumas uniques, multiples, répétés, courts et de longue durée

Lenore Terr (Terr, 1991) définit les traumas de Type 1 et 2.

Le trauma de Type 1, qu'on appelle aussi trauma simple, concerne un trauma unique. Celui-ci a un début et une fin précis et limités dans le temps. Par exemple, entrent dans cette catégorie un accident de voiture, un tsunami, une agression physique.

Le trauma de Type 2 concerne un trauma qui "... s'est répété ... a été présent constamment ou ... a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps." (Josse, 2007, p.9). Le trauma de Type 2 concerne souvent des situations interpersonnelles, mais pas toujours.

Le trauma de Type 3 a été proposé ultérieurement par Solomon et Heide (1997). Il ressemble au trauma de Type 2 si ce n'est que les événements sont plus violents, ont commencé pendant l'enfance et ont perduré pendant plusieurs années. Le trauma de type 3 concerne toujours des situations interpersonnelles où l'enfant est victime par rapport à un ou plusieurs abuseurs/agresseurs.

Il faut faire la distinction entre une personne qui souffre de plusieurs traumas de Type 1 (par exemple, la personne est traumatisée suite à un accident de voiture, mais est également traumatisée par un incendie survenu antérieurement) et le trauma de Type 2, un même trauma qui s'est répété ou a menacé de l'être sur une longue période.

Les traumas de Type 2 et 3 sont à rapprocher du *Traumatisme complexe* (ou État de Stress Post-traumatique complexe) de Herman (1992). Celui-ci est défini comme la conséquence d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. On retrouve dans cette catégorie par exemple la négligence émotionnelle et les abus perpétrés sur un enfant, la violence conjugale prolongée, les événements dans les camps de concentration.

Le *trouble traumatique du développement* (Van der Kolk, n.d) est un *Traumatisme complexe*, si ce n'est qu'il ne concerne que ceux survenant pendant l'enfance.

L'État de Stress Post-traumatique dans le DSM

Par rapport aux événements traumatogènes, le DSM-5 (2015), la cinquième et dernière édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, reprend les critères diagnostiques suivants (Critères A) pour l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez les adultes, adolescents et enfants de plus de six ans.

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants.
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de

mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Il est expliqué que le critère 4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Nous pouvons constater que ce diagnostic correspond plutôt aux traumatismes de Type I.

1.3 Symptomatologie de l'état de stress post-traumatique

Comme le dit simplement Peter Levine, le traumatisme c'est quand "*... le passé continue de vivre dans le présent.*" (2016, p.11). Il explique qu'un souvenir habituel, qu'il soit de valence positive ou négative, peut faire l'objet d'un récit cohérent, or qu'un souvenir traumatique tend quant à lui à ne pouvoir être remémoré sous forme narrative, mais à être indéfiniment rejoué et ré expérimenté "*... sous forme d'intrusions spontanées et incohérentes ... de symptômes somatiques ... [de] passages à l'acte inconscients ...*" (2016, p.11) et à "*... émerger sous formes d'échardes mal définies, et mal assimilables, de sensations, d'émotions, d'images, d'odeurs, de goûts, de pensées, etc. ... [C'est comme] être condamné à un cauchemar sans fin ... ce qui restreint ... notre capacité à vivre dans l'« ici et maintenant ».*" (2016, p.11).

Bessel van der Kolk explique que les patients traumatisés ne peuvent pas "*... comprendre ce qui se passe quand ils ressentent à nouveau les sensations physiques liées à d'anciens traumas et sont perturbés quand ces sensations provoquent d'intenses émotions qu'ils ne sont pas en mesure de moduler.*" (cité dans Rothschild, 2008, p.9).

Rothschild explique que "*... l'événement traumatisant n'est pas mémorisé ni relégué dans le passé de la même manière qu'on le fait pour d'autres événements de la vie. Le traumatisme continue à s'immiscer dans la vie de ceux qui en sont les victimes par le biais d'une réalité somatique visuelle, auditive, et/ou autre. Sans cesse, ces personnes revivent les expériences subies, qui ont mis leur vie en danger, réagissant dans leur corps et dans leur tête comme si de tels événements étaient encore en train de se produire ... c'est un état psychobiologique complexe.*" (2008, p.12).

Les symptômes du traumatisme sont variés et touchent les registres à la fois cognitifs, affectifs, somatiques et comportementaux du sujet traumatisé.

1.3.1 Temporalité de la symptomatologie

Péri-traumatique/chronique

Nous distinguons la symptomatologie péri-traumatique de celle qui s'installe dans la durée. Les symptômes péri-traumatiques sont les réactions de stress qui se produisent pendant ou immédiatement après un trauma et qui sont de plus ou moins courte durée. Ce sont des réactions normales, adaptées aux circonstances. Ces réactions sont considérées comme un trouble dans le DSM, que l'on retrouve sous l'appellation d'*État de stress aigu*. Ces réactions de stress deviennent pathologiques lorsqu'elles se chronicisent, de manière plus ou moins importante, or que la situation traumatogène a disparu. On parle alors d'*État de Stress Post-traumatique* (dans le DSM). Comme nous le verrons dans le chapitre 2, traitant de la dissociation traumatique, certains troubles dissociatifs peuvent également être considérés comme des troubles chroniques liés à des traumas.

Immédiat/différé

Les symptômes du stress post-traumatique peuvent apparaître immédiatement après l'événement traumatogène ou bien de manière différée.

Continu/ponctuel

Certains symptômes traumatiques peuvent être présents de manière continue or que d'autres apparaissent suite à l'exposition à des stimuli rappelant l'événement traumatique.

1.3.2 L'ESPT simple

La section ci-dessous reprend les critères diagnostiques du DSM-5 (2015) de la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique pour les adultes, adolescents et enfants de plus de six ans.

Intrusions (Critères B)

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. N.B : chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. N.B : chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex., rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). N.B : chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Évitements (Critères C)

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Altération des cognitions et de l'humeur (Critères D)

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues).
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »).
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex., incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Modifications de l'état d'éveil et de la réactivité (Critères E)

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagéré.
5. Problèmes de concentration.

6. Troubles du sommeil (p. ex., difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critères F,G,H

La perturbation dure plus d'un mois (Critère F). De trois jours à un mois, le diagnostic est celui d'état de stress aigu. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement (Critère G). La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., médicament ou alcool) ou à une autre affection (Critère H).

Spécificateur : symptômes dissociatifs

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).
2. Déréalisation : sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Spécificateur : manifestation différée

La manifestation est dite différée si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

1.3.3 L'ESPT complexe

Ainsi, dans la classification des traumatismes, mis à part le Type 1 qui se réfère plutôt à des traumatismes de type ESPT simple, nous avons également cité les traumatismes de Type 2 et 3, qui concernent des situations traumatiques essentiellement interpersonnelles qui se répètent régulièrement ou sont continuellement présentes sur une longue période. Il a alors été question du *Traumatisme complexe*, où l'on retrouve par exemple la négligence émotionnelle et les abus perpétrés sur un enfant, la violence conjugale prolongée, les événements dans les camps de concentration.

Le traumatisme complexe a été opérationnalisé au travers du concept de DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) par un comité de recherche sur l'ESPT en vue de la création de la quatrième version du DSM (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001 ; Roberge, 2011). Cette équipe a mis en évidence que le traumatisme complexe peut induire d'autres symptômes que ceux de l'ESPT simple. S'il est possible que les personnes souffrant de traumatisme complexe présentent une partie ou l'entièreté des symptômes de l'ESPT simple, c'est un autre ensemble de six catégories de symptômes qui les caractérise (Barois, 2016 ; Herman, 1992 ; Pelcovitz, Roth, Spinazzola, Sunday, & van der Kolk, 2005 ; Salmona, n.da)

- *Altération dans la régulation des affects et des impulsions* : difficulté à réguler les affects (réactions extrêmes face à des stimuli faibles ; être submergé facilement) ; difficulté à exprimer ou moduler la colère ; comportements auto-destructeurs et prises de risque dans le but d'apaiser les émotions (addictions aux toxiques ; troubles alimentaires ; comportements sexuels à risque ; auto-agressivité) ; idéations suicidaires ;
- *altération de l'attention et de la conscience* : il s'agit de troubles dissociatifs : amnésie (par rapport à tout ou des parties des événements/situations traumatiques) ; dépersonnalisation ; déréalisation.
- *altération dans la perception de soi* : faible sentiment d'auto-efficacité ; culpabilité et attribution interne ; honte ; sentiment d'être incompris ; minimisation des expériences traumatiques vécues ;
- *altération dans les relations interpersonnelles* : incapacité à faire confiance ; revictimisation (se mettre en situation d'être à nouveau agressé) ; victimisation d'autrui (identification à l'agresseur) ; difficulté à percevoir le danger ;
- *somatisation* : troubles physiques difficilement explicables par la médecine (troubles psychosomatiques) : troubles digestifs (p. ex, côlon irritable) ; douleurs chroniques (p. ex, de la sphère pelvi-périnéale ; migraines) ; troubles cardio-pulmonaires ; troubles

- sexuels ; troubles de conversion (p. ex., pseudo-crisis d'épilepsie) ;
- *perturbation dans le système de valeurs et croyances* : désespoir ; impuissance ; changement dans les valeurs et croyances (souvent : vision négative du monde ; perte du sens de la vie).

Il est à noter que la catégorie de symptômes *altération de l'attention et de la conscience*, reprenant notamment les symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et déréalisation, étaient des symptômes qui ne faisaient pas partie de l'ESPT du DSM avant la cinquième et dernière version. Bien que le DSM n'ait pas inclus DESNOS comme construit différent de l'ESPT, l'inclusion des spécificateurs dissociatifs a permis d'absorber en partie le concept de traumatisme complexe. Il en va de même dans le DSM-5 avec l'inclusion pour l'ESPT de symptômes supplémentaires qui sont généralement attribués au traumatisme complexe, comme : les croyances et attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui et du monde ; le blâme erroné de soi ou d'autrui ; les comportements irréfléchis ou destructeurs ; l'état émotionnel négatif persistant (Alford, 2015 ; Bovin et al., 2012).

1.3.4 Les troubles associés

L'éventail des symptômes du traumatisme est tel que plusieurs symptômes sur le devant de la scène peuvent évoquer d'autres diagnostics, masquant ainsi le diagnostic de traumatisme. Ainsi, comme l'explique Salmona (n.d, para. 11), le traumatisme peut induire des troubles associés tels que dépression, anxiété, phobies, attaques de panique, troubles psychosomatiques, addictifs, alimentaires, du sommeil, de la sexualité, des conduites. Il est ainsi primordial de connaître l'histoire de vie de la personne ainsi que l'entièreté de ses symptômes, afin d'émettre un diagnostic correct et proposer une prise en charge adéquate.

1.4 Le traumatisme dans le DSM et ses évolutions

En 1952, l'American Psychiatric Association, composé de psychiatres américains, propose de standardiser la nomenclature et les diagnostics des troubles mentaux. Ainsi apparaît la première version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Dans celui-ci est proposé le diagnostic de *Gross Stress Reaction*, *Réaction de stress majeur* en français, en se basant notamment sur les travaux de Selye, qui introduit le terme de *stress*. Ce diagnostic est classé dans la catégorie des *troubles transitoires de la per-*

sonnalité, et décrit un trouble pouvant apparaître suite à des situations "... dans lesquelles l'individu a été confronté à de sévères épreuves physiques ou à un stress émotionnel extrême, telles que les situations de combat et les catastrophes civiles (incendie, séisme, explosion, etc.)." (DSM-I, cité dans Josse, 2013b, p.1).

Comme l'explique Josse (2013b), ce diagnostic disparaît du DSM-II, paru en 1968. C'est dans la troisième version du DSM, le DSM-III, paru en 1980, qu'apparaît le diagnostic de *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), l'*État de Stress Post-Traumatique* (ESPT) en français, classé dans la catégorie des *troubles anxieux*. Ce diagnostic fut proposé suite au retour de soldats de la guerre du Vietnam qui développaient une symptomatologie qui apparaissait plusieurs semaines ou mois après leur retour. Ces symptômes incluaient notamment des reviviscences intrusives de scènes de guerre, des cauchemars, un état d'alerte, des troubles du sommeil, de la culpabilité, des troubles de la mémoire et de la concentration, etc.

Josse explique qu'il est intéressant de noter que bien que le DSM "... se voulant être une nosographie descriptive et sans référence théorique." (Josse, 2013b, p.2), l'ESPT dans le DSM-III est tout de même fondé sur un facteur étiologique, à savoir des événements délétères tels les guerres, viols, agressions, accidents et catastrophes naturelles. Ceci constitue une victoire pour les personnes traumatisées, car cela permet de "... « normaliser » les réactions post-traumatiques trop longtemps attribuées à une vulnérabilité individuelle et en conséquence, considérées comme l'attribut des faibles." (Josse, 2013b, p.2).

C'est en 1994, dans le DSM-IV qu'apparaît le diagnostic de *Acute Stress Disorder*, *État de stress aigu* en français, pour tenir compte de la symptomatologie traumatique qui se manifeste avant la latence d'un mois nécessaire au diagnostic de ESPT.

Dans la dernière édition du DSM, le DSM-5, paru en 2013, on voit apparaître une nouvelle catégorie, celle des *Troubles consécutifs aux traumatismes et au stress*. Ainsi, l'ESPT et l'état de stress aigu ne font plus partie de la catégorie des troubles anxieux, mais bien d'une nouvelle catégorie, dans laquelle on retrouve également : le *trouble réactif de l'attachement*, le *trouble d'engagement social désinhibé*, le *trouble d'adaptation*, le *trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié* et le *trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié*. Evelyne Josse explique ainsi que "l'association américaine octroie ainsi aux syndromes psychotraumatiques toute l'attention qu'ils méritent et reconnaît la diversité des formes cliniques prises par la souffrance humaine à la suite d'une expérience délétère." (2013b, p.3).

Josse explique encore que sont ajoutés comme événements traumatisants qui ne figuraient pas dans le DSM-IV : l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression. Il est

également ajouté qu'une personne émotionnellement proche de la personne traumatisée peut également être traumatisée de manière indirecte, tout comme peut l'être quelqu'un qui est régulièrement confronté aux récits de personnes traumatisées, par exemple un psychologue. Ce traumatisme indirect est appelé *traumatisation secondaire*, *traumatisme vicariant* ou encore, *traumatisme par ricochet* (Josse, 2007, p.11).

Comme nouveauté dans le DSM-5, on retrouve également le fait qu'il est demandé dans le diagnostic de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation ou de déréalisation. Comme il a été vu dans la section 1.3.3, ce sont les recherches sur le traumatisme complexe qui ont permis de mettre en exergue ces symptômes ainsi que toute une série d'autres symptômes, dont certains ont également été inclus dans le DSM-5.

Enfin, autre nouveauté importante, comme expliqué sur le site internet de PsychoMédia (2013a), "*le diagnostic tient maintenant compte de l'aspect développemental par l'abaissement des seuils diagnostiques pour les enfants et les adolescents. Des critères spécifiques ont aussi été ajoutés pour les enfants de 6 ans ou moins.*" (*Les troubles de stress aigu et de stress post-traumatique*, para.7).

Le *Trouble de l'adaptation* faisant partie d'une catégorie à part dans le DSM-IV est regroupé dans cette nouvelle catégorie des troubles liés aux traumatismes et au stress dans le DSM-5. Ce trouble englobe "*... un ensemble hétérogène de syndromes de réponse au stress qui surviennent après une exposition à un événement douloureux traumatique ou non traumatique.*" (PsychoMédia, 2013a, *Les troubles de l'adaptation*, para.1). Comme l'explique le site internet PsychoMédia (2017), ce trouble se caractérise par des symptômes émotionnels et comportementaux plus importants qu'attendus en réponse à des stress identifiables. Ce diagnostic est posé quand les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par d'autres troubles tels la dépression, le trouble anxieux, l'état de stress aigu, l'état de stress post-traumatique.

Le *trouble réactionnel de l'attachement* et le *trouble d'engagement social désinhibé* décrivent des troubles diagnostiqués dans l'enfance consécutifs à des situations de "*... négligence sociale ou d'autres situations qui limitent l'opportunité d'un jeune enfant de former des attachements sélectifs.*" (PsychoMédia, 2013c, para.2).

Sans entrer dans les détails, les deux autres troubles de cette nouvelle catégorie : *Autre trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié* et *Trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié*, permettent d'établir le diagnostic d'un trouble lié au stress ou à un traumatisme, mais dont la symptomatologie varie quelque peu par rapport aux diagnostics plus précis de cette même catégorie.

Enfin, le DSM comprend, depuis sa troisième édition, la catégorie des *troubles dissociatifs* qui, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ne sont pas sans lien avec les traumatismes.

Chapitre 2

La dissociation traumatique

Le DSM-5 définit la dissociation comme étant "... *une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement.*" (American Psychiatric Association, 2015).

2.1 La dissociation dans le DSM

2.1.1 Les troubles dissociatifs

Le DSM-5 (2015) fait état de cinq syndromes faisant partie de la catégorie des troubles dissociatifs : le *trouble dissociatif de l'identité* ; l'*amnésie dissociative* ; le *trouble de dépersonnalisation/déréalisation* ; l'*autre trouble dissociatif spécifié* ; l'*autre trouble dissociatifs non spécifié*.

Pour les troubles qui suivent, il est explicité qu'ils sont à l'origine d'une détresse significative ou d'une perturbation du fonctionnement dans des domaines importants (social, professionnel, etc.) et que les symptômes ne doivent pas pouvoir être expliqués par les effets d'une substance ou d'une affection médicale.

Trouble dissociatif de l'identité

Ce diagnostic correspond dans le DSM-5 (2015) au diagnostic antérieur de *Personnalité multiple*.

La "*Perturbation de l'identité [est] caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts (ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession)*" (American Psychiatric Association, 2015).

Cette perturbation de l'identité "... *implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité ... accompagnée d'altération, 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.*" (American Psychiatric Association, 2015).

On y retrouve de "*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.*" (American Psychiatric Association, 2015).

Comme l'explique Guelfi (2016), ce diagnostic est rare.

Amnésie dissociative (avec ou sans fugue dissociative)

Il s'agit d'une incapacité à se rappeler d'informations autobiographiques importantes, habituellement de nature traumatique ou stressante, et qui ne peut correspondre à un oubli ordinaire. Cette amnésie peut être sélective et concerner certains événements spécifiques, ou bien généralisée et alors toucher l'identité et l'histoire de vie de la personne. (American Psychiatric Association, 2015).

Il est expliqué que ce diagnostic ne peut être mieux expliqué par un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité, d'ESPT, d'état de stress aigu, de trouble somatique ou de troubles neuro-cognitifs.

Le spécificateur *Fugue dissociative* est ajouté lorsqu'il arrive qu'en plus la personne fugue (sans s'en rappeler) avec un but apparent.

Trouble de dépersonnalisation/déréalisation

Il s'agit d'expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation ou des deux.

La *dépersonnalisation* consiste en : "*Des expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (par exemple, altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique.*" (American Psychiatric Association, 2015).

La *déréalisation* consiste en : "*Des expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par exemple, les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans le brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés.*" (American Psychiatric Association, 2015).

Il est explicité que pendant ces expériences, l'appréciation de la réalité reste intacte (ce qui en fait notamment un diagnostic différentiel d'un trouble psychotique).

Enfin, "*La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme une schizophrénie, un trouble panique ou un trouble dépressif caractérisé, un trouble de stress aigu, un trouble de stress post-traumatique ou un autre trouble dissociatif.*" (American Psychiatric Association, 2015).

Autre trouble dissociatif spécifié

Ce diagnostic peut être émis lorsque la personne manifeste des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif mais pas l'entièreté des critères d'un des trois diagnostics précédents. Un choix peut alors être fait entre (American Psychiatric Association, 2015) :

- Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes ;
- perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive et prolongée ;
- réactions dissociatives aiguës à des environnements stressants (habituellement de durée inférieure à une mois) ;
- transe dissociative (restriction aiguë ou perte totale de la conscience de l'environnement immédiat, avec un manque de réactivité ou d'insensibilité à des stimuli environnementaux) .

Autre trouble dissociatifs non spécifié

Ce diagnostic est similaire au précédent, si ce n'est qu'il n'est pas indiqué la raison pour laquelle la personne ne remplit pas l'ensemble des critères correspondant à un diagnostic plus précis de trouble dissociatif.

2.1.2 ESPT et dissociation

On retrouve de la dissociation dans la symptomatologie de l'ESPT du DSM-5 (2015) : les réactions dissociatives (exemple : les flashbacks) ; les souvenirs répétitifs, involontaires et

envahissants du ou des événements traumatiques ; l'amnésie dissociative ; le spécificateur dissociatif permettant de préciser que l'ESPT est accompagné de dépersonnalisation et/ou déréalisation.

Dans le DSM-5 (2015), on retrouve également comme symptôme de l'ESPT les *réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques*. En effet, le corps du sujet traumatisé peut alors se comporter de manière involontaire (au niveau sensoriel, moteur et physiologique) comme s'il était en train de revivre l'événement traumatique. Ceci peut être considéré comme de la dissociation somatoforme (voir section 2.3.3).

Nous pouvons donc constater que l'ESPT et les troubles dissociatifs ne sont pas sans lien. Spiegel (2010) proposait d'ailleurs, lors des travaux de remaniements du DSM-IV en vue de la création du DSM-5, d'inclure les troubles dissociatifs dans la catégorie des *Troubles consécutifs aux traumatismes et au stress* et non pas en faire une catégorie à part entière. Il explique que bien que le diagnostic de trouble dissociatif ne requiert pas de facteur étiologique (à savoir, un trauma, comme c'est le cas pour l'ESPT), le texte même du DSM-IV accompagnant les troubles dissociatifs explique que l'amnésie dissociative concerne généralement des souvenirs de nature stressante ou traumatique, et que le trouble dissociatif de l'identité est le plus souvent précédé par une histoire d'abus sexuel ou physique pendant l'enfance.

2.2 Étiologie traumatique de la dissociation

2.2.1 Le précurseur : Pierre Janet

Le précurseur en recherche sur le traumatisme et la dissociation est Pierre Janet, collaborateur de Charcot à La Salpêtrière. Il s'intéresse à l'étiologie de l'hystérie et promeut l'idée que l'hystérie est d'origine uniquement psychique, due à un choc émotionnel vécu par la personne (Chidiac & Crocq, 2010). Peter Levine (2016) explique que pour Janet, les symptômes de l'hystérie sont dus aux mécanismes psychologiques de défense que sont la dissociation et la répression, qui permettent à la conscience du sujet de se couper du souvenir traumatique.

Janet se détache progressivement des études sur l'hystérie pour se centrer sur les mécanismes psychologiques automatiques qui se mettent en place chez l'individu suite à un choc émotionnel. Il découvre que les traumatismes peuvent créer toute une série de

symptômes dissociatifs ne se résumant pas aux symptômes hystériques, tels que : la catalepsie, l'amnésie, les convulsions, l'état modifié de conscience, les idées fixes. Comme l'explique Szepielak (2009), les idées fixes de Janet sont une souvenance d'images et sensations, correspondant plus ou moins au terme de réminiscence que proposera Freud par la suite. En 1889, dans sa thèse *L'Automatisme Psychologique*, il défend que ces symptômes sont dus à la *dissociation de la conscience* chez l'individu traumatisé. La partie de la conscience liée au souvenir de l'événement traumatique serait isolée du reste de la conscience, comme un corps étranger entré par effraction dans le psychisme, provoquant ainsi des comportements *automatiques* inadaptés sans liens avec le reste de la conscience. Janet va également mettre en place des techniques psychothérapeutiques utilisant l'hypnose et permettant de guérir les patients souffrant de psychotraumatismes, les libérant ainsi de leurs symptômes.

Oubli et regain d'intérêt pour ses travaux

Les travaux de Janet sur la dissociation traumatique et le traitement par hypnose furent par la suite occultés par l'influence de Freud. En effet, comme l'expliquent Chidiac et Crocq (2010), bien que Freud utilise dans ses débuts avec succès l'hypnose pour traiter les symptômes de l'hystérie, en se basant sur les techniques développées par Janet, mais également par Breuer (la méthode cathartique), il va progressivement abandonner l'usage de celle-ci. Avec Freud s'opère une décentration par rapport à un événement traumatisant extérieur à soi et réel, celui-ci adoptant une conception intrapsychique (inconsciente) du traumatisme, toujours en lien avec la sexualité. Son influence fut telle que les recherches sur les conséquences d'événements traumatisants réels et extérieurs à soi, tels les accidents et abus réels, et leur traitement par l'hypnose furent oubliés pendant quelques décennies.

Ainsi, comme l'explique Smith (2016b), "*... le terme de dissociation a été totalement inusité dans son acception traumatique, et l'origine traumatique de cette symptomatologie totalement occultée.*" (p.4).

Chidiac et Crocq (2010) relatent que l'intérêt pour les traumatismes d'origine externe est réapparu lors de la 1^{ère} guerre mondiale, avec de nombreux soldats en état de choc sur le front et leur retour à cause de l'extrême violence des combats. Des psychiatres tentent alors de soigner ces soldats traumatisés et apparaissent les termes d'*hypnose de bataille* de Milian, de *psychonévrose de guerre* de Wallon, et de *compulsion de répétition* de Freud. Freud s'interroge sur le paradoxe du cauchemar traumatique et conclut que c'est un mécanisme de défense qui permet de s'habituer au désagréable en le répétant. La Seconde Guerre mondiale ainsi que d'autres guerres et conflits armés font apparaître d'autres

termes également. Comme l'expliquent Chidiac et Crocq (2010), Targowla proposera le terme de *syndrome des déportés* pour décrire les troubles spécifiques des déportés des camps nazis, syndrome que Eitinger nommera plus tard le *KZ syndrome*.

Ces dernières décennies, on peut constater un regain d'intérêt pour les travaux de Janet sur le traumatisme et la dissociation.

2.2.2 La dissociation comme mécanisme de défense

Selon Guelfi et Dellucci, la dissociation est "*... un mécanisme destiné à limiter les stimulations émotionnelles excessives et à empêcher l'anxiété d'atteindre un niveau intolérable et/ou déstructurant.*" (Guelfi, 2016, p.34) et "*...le fonctionnement dissociatif ... (est un) réflexe de survie massif, qui a été nécessaire à un moment donné.*" (Dellucci, 2016, p.63).

Selon Şar (2014), la dissociation est le mécanisme central de tout type de trauma. Il explique que la dissociation pathologique (que l'on retrouve dans les troubles dissociatifs et dans l'ESPT) peut être vue comme un mode de fonctionnement d'auto-protection face à un environnement hostile, qui se différencie de l'auto-régulation, mode de fonctionnement que l'on retrouve dans des environnements sécurés. Il existe selon lui une relation étroite entre l'ESPT et le trouble dissociatif de l'identité, dans le sens où les altérations d'identité peuvent être considérées comme une version élaborée des intrusions et évitements liés aux traumas.

2.2.3 Résultats de quelques études

Une étude de Jaque et Thomson (2018) a classé les individus d'une population adulte non-clinique sur une échelle de dépersonnalisation. L'étude montre que le sous-groupe affichant un niveau de dépersonnalisation cliniquement significatif rapportait significativement plus d'expériences infantiles négatives et, plus particulièrement, de l'abus et de la négligence émotionnelle. Ce même groupe présentait également plus d'expériences traumatisantes à l'âge adulte.

Carluer (2016), reprenant une étude de Stein, explique : "*il est maintenant établi que l'existence de maltraitance dans l'enfance est un facteur de risque prédisposant à l'émergence d'un ESPT avec troubles dissociatifs à l'âge adulte.*" (2016, p.18).

Une étude (Ford, Laurence, van der Hart, & van Dijke, 2015) montre que la dissociation psychoforme (voir section 2.3.3 pour la différence entre dissociation psychoforme et

somatoforme) est un facteur médiateur partiel des symptômes du traumatisme complexe.

Une méta-analyse (Brand, Carlson, et al., 2012) reprenant plusieurs études prospectives et longitudinales conclut que l'hypothèse selon laquelle la dissociation est provoquée par un trauma est fortement soutenue empiriquement. Plus en détails, cette étude montre notamment que : les symptômes dissociatifs chez la plupart des individus chutent pendant la première année suivant un événement traumatique, mais restent stables chez un certain nombre (population clinique) jusqu'à traitement psychothérapeutique du traumatisme ; la dissociation est une réponse régulatrice face à la peur et d'autres émotions extrêmes et il existe des substrats biologiques mesurables qui en attestent ; la dissociation prédit les antécédents traumatiques.

2.2.4 Dissociation et traumatisme infantile

Şar (2014) explique que parmi l'ensemble des troubles psychiatriques, les troubles dissociatifs sont ceux pour lesquels les patients rapportent le plus d'abus et/ou de négligence pendant l'enfance.

Une étude (Chambers, Dorahy, Middleton, Seager, & Williams, 2016) a comparé trois populations cliniques ayant une histoire d'abus et de négligence infantile : un groupe de patients souffrant de troubles dissociatifs (DD) ; un groupe de patients souffrant de traumatisme complexe (C-PTSD) ; un groupe de patients souffrant de troubles psychiatriques divers (MP). Cette étude montre que les groupes DD et C-PTSD rapportent des abus émotionnels et physiques plus sévères que le groupe MP. Le groupe DD comporte une fréquence plus élevée d'individus rapportant des abus sexuels sévères que les groupes C-PTSD et MP.

Dérégulation émotionnelle et attachement insécure

Boulenger explique que *"de nombreuses recherches, tant expérimentales que cliniques, suggèrent que les traumatismes infantiles, notamment lorsqu'ils sont précoces, répétés et sévères (abus sexuels, maltraitances, violences) sont susceptibles d'entraîner des changements neurobiologiques durables qui vont modifier la réactivité au stress et la capacité de régulation émotionnelle des sujets qui en sont victimes et favoriser l'apparition ultérieure de pathologies psychiatriques invalidantes."* (Boulenger, cité dans Guelfi, 2016, p.34).

Selon Liotti (2017), l'attachement désorganisé de l'enfant résulte de l'activation simultanée et conflictuelle de deux systèmes motivationnels : le comportement défensif de survie

et le comportement d'attachement. En effet, dans des situations d'abus ou de négligence, le parent représente une figure ambivalente pour l'enfant. Le parent est à la fois une personne menaçante qu'il faut fuir, mais en même temps la personne vers laquelle l'enfant se tourne pour rechercher de l'aide et de l'apaisement. Cela constituerait un traumatisme précoce d'attachement. Lorsqu'un danger ne peut être résolu ni par l'engagement social (attachement), ni par le combat ou la fuite, c'est un mécanisme de figement qui s'active, en lien avec la dissociation. Selon Liotti, il est également possible que les identités alternantes que l'on retrouve dans le trouble dissociatif de l'identité trouve son origine dans le même mécanisme conflictuel. Ainsi, une identité se construirait sur base du comportement défensif face au parent menaçant, or qu'une autre identité se construirait sur base du comportement d'attachement envers ce même parent.

Smith, reprenant des études de Schore et Liotti, explique que *"la littérature internationale portant sur l'origine des tendances dissociatives met en évidence un lien entre celles-ci et l'insécurité de l'attachement ... Elle éclaire également ... l'impact des traumatismes et carences précoces sur la sécurité de l'attachement."* (2016a, p.104). Dans ce contexte, elle décrit que *"Lorsque la (co-)régulation émotionnelle parentale est insuffisante, le tout-petit est confronté à un débordement de sa fenêtre de tolérance et, faute de pouvoir combattre ou fuir, il doit recourir à la dissociation pour permettre sa survie et limiter les dégâts causés par l'activation prolongée du système de stress."* (2016d, p.10). Suite aux travaux de Perry, elle explique que la dissociation devient un mode de fonctionnement chronique, c'est-à-dire que l'état dissociatif (ou la dissociation péri-traumatique) devient un trait, lorsque les expériences infantiles délétères se répètent.

Ainsi, Smith définit la dissociation comme étant *"un mode défensif face à une situation d'impuissance (peur sans solution). Ce mode défensif peut devenir chronique si une telle situation se répète au cours du développement, en l'absence d'attachement sécurisé."* (2016d, p.12).

2.3 Modèles et concepts de la dissociation traumatique

2.3.1 La dissociation sur un continuum allant du normal au pathologique

Les études anciennes, notamment de Putnam (1989), soutenaient que la dissociation est en soi non pathologique, mais peut le devenir. Ainsi, tout état modifié de conscience serait considéré comme de la dissociation et il existerait différents niveaux de dissociation,

allant du normal au pathologique. Ainsi, l'absorption dans l'imaginaire, la rêverie, certaines formes d'amnésies mineures, sont des phénomènes dissociatifs, en tant qu'états modifiés de conscience, que tout le monde expérimente quotidiennement. Par exemple, il est possible d'être tellement absorbé dans ses pensées au point de ne pas entendre (hallucination auditive négative) quelqu'un qui nous adresse la parole ; ou bien, pour la même raison, un automobiliste se rend soudainement compte d'être arrivé chez soi, sans pouvoir se rappeler du chemin effectué (amnésie). Dans le cas de traumatismes, ces phénomènes dissociatifs atteindraient des niveaux pathologiques, tels les amnésies importantes, la dépersonnalisation et la déréalisation, et pouvant aller jusqu'aux troubles dissociatifs de l'identité.

2.3.2 Deux types de dissociation : le détachement et la compartementalisation

Certains auteurs (Nijenhuis & van der Hart, 2011) considèrent que l'absorption (attention focalisée) ne constitue pas de la dissociation au sens clinique du terme. Les phénomènes dissociatifs cliniques (amnésie, dissociations affective et sensori-motrice, ...) auraient comme caractéristique commune d'impliquer des dysfonctions du contrôle volontaire dans les domaines de la perception, de la mémoire et de la motricité.

Une étude (Brown et al., 2005) indique que les études récentes de plusieurs auteurs (notamment Allen, Brown et Putnam) semblent converger aujourd'hui vers un modèle explicatif impliquant deux formes qualitativement distinctes de dissociation : le détachement et la compartementalisation.

Le détachement inclurait les expériences de déréalisation, dépersonnalisation et de transe. En somme, il s'agirait d'états de conscience modifiés caractérisés par une certaine forme de séparation du sujet par rapport à certains aspects de son expérience quotidienne (le soi ou l'environnement).

La compartementalisation, quant à elle, serait caractérisée par un déficit de contrôle de processus normalement contrôlables. Les processus non contrôlables et l'information liée à ceux-ci sont inaccessibles ; il s'agit d'un manque d'intégration. L'amnésie dissociative, l'anesthésie sensorielle, les troubles du contrôle moteur et les flashbacks seraient des dissociations de cette forme.

L'amnésie, en fonction des situations, pourrait être de l'une ou l'autre forme. Le détachement péri-traumatique (dépersonnalisation/déréalisation) qui peut survenir lors de l'événement

nement traumatique pourrait compromettre l'encodage de l'événement. Il en résulterait une amnésie de type détachement. Par contre, la compartementalisation (mise à distance du matériel traumatique) serait à l'origine d'une amnésie due à un problème de récupération de l'information.

2.3.3 Dissociation psychoforme et somatoforme

En reprenant les travaux de Janet, Nijenhuis (2001) introduit le concept de dissociation somatoforme. À côté de la dissociation traumatique psychoforme habituellement recensée, telle que l'amnésie, la déréalisation, la dépersonnalisation et le trouble dissociatif de l'identité, il considère que le trauma est responsable de toute une série de symptômes dissociatifs impliquant le corps. Ainsi, il définit la dissociation somatoforme comme étant un déficit d'intégration normale des composantes sensori-motrices d'une expérience. Ainsi, peuvent être vus comme symptômes dissociatifs somatoformes : la perte du contrôle moteur (paralysie ou mouvements involontaires) ainsi que les pertes et hallucinations sensorielles au niveau de la vue, de l'ouïe, du toucher, du goût, de l'odorat (ex : anesthésie, paresthésie, analgésie physique, douleur, hallucination visuelle et auditive, etc.).

Il explique que bien que les troubles somatoformes du DSM ne sont pas répertoriés comme étant des troubles dissociatifs, il existe une corrélation forte entre ces troubles, ce qui suggère une origine commune, à savoir l'origine traumatique. La corrélation entre les troubles dissociatifs psychoformes et somatoformes est également forte, ce qui suggère également la même chose.

Le DSM-5 définit une catégorie à part entière nommée *Trouble de symptôme somatique et troubles connexes* (American Psychiatric Association, 2015). Cette catégorie inclut notamment *le trouble de symptôme neurologique fonctionnel*, qui dans les éditions précédentes était nommé *trouble de conversion*. C'est intéressant, car le trouble de conversion est ce qui auparavant était appelé l'hystérie. Or, nous avons vu que Janet, déjà, considérait que la symptomatologie hystérique était de nature dissociative et avait comme étiologie un traumatisme psychique. La CIM-10 se rapproche plus de la conception de Janet, en ce sens qu'elle considère les troubles somatoformes comme étant de nature dissociative, au travers de la catégorie *troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation*.

2.3.4 La dissociation structurelle

Ce modèle, développé par Nijenhuis et van der Hart (De Soir, Matthess, Nijenhuis, Steele, & van der Hart, 2006 ; Nijenhuis & van der Hart, 2011), stipule que l'alternance que l'on observe chez les patients traumatisés entre phases de re-expérience/reviviscence et phases de détachement/amnésie peut être expliqué par une *division structurelle de la personnalité* du sujet traumatisé, c'est-à-dire d'une division de son système bio-psycho-social. Selon eux, la division de la personnalité constituerait l'essence-même de tout type de traumatisme.

Ainsi, la personnalité du sujet traumatisé serait divisée en plusieurs sous-systèmes stables, mais qui ne sont pas intégrés les uns avec les autres.

La PANP et la PEP

Les auteurs distinguent la *Partie Apparemment Normale de la Personnalité* (PANP) et la *Partie Émotionnelle de la Personnalité* (PEP).

La PANP est la manifestation d'un système mental consacré à la gestion de la vie quotidienne. Si il y a souvenir du trauma, celui-ci est décrit de manière détachée, comme s'il était arrivé à quelqu'un d'autre. Cette partie échoue à intégrer le traumatisme et la PEP. La PANP est caractérisée par des symptômes de l'ordre de la perte. Il s'agira de ce qu'on appelle les symptômes dissociatifs négatifs, tels que l'amnésie partielle ou totale du trauma, l'anesthésie émotionnelle, ou encore l'anesthésie d'une modalité sensorielle (anesthésie physique, surdité, cécité, etc.).

La PEP est la manifestation d'un système mental qui contient essentiellement les souvenirs traumatiques. Cette partie est consacrée à la survie face à une menace. Ce sous-système échoue à intégrer suffisamment la réalité courante (gérée par la PANP). Les souvenirs traumatiques sont caractérisés par une certaine immuabilité. Quand la PEP est activée, le sujet tend à perdre l'accès à un ensemble de souvenirs facilement accessibles par la PANP. La PEP s'active au travers de stimuli déclencheurs venant rappeler le trauma. Il s'agit de reviviscence et la PEP adopte alors un comportement défensif (lutte, fuite ou figement) reproduisant dans le moment présent des bribes de ce qui avait été expérimenté lors du trauma. Ces souvenirs comportent une dimension sensori-motrice et comportementale forte, or que la dimension linguistique est faible ou inexistante. La symptomatologie dissociative de la PEP peut être positive, négative, ou les deux.

Lors de reviviscences traumatiques de la PEP, la PANP peut soit rester activée, auquel

cas elle subit des intrusions de la PEP, ou bien se désactiver. Lorsqu'elle se désactive, l'épisode de reviviscence est amnésié par la PANP. La PANP peut également subir des intrusions de la PEP hors reviviscence traumatique. C'est alors comme si la PANP ressentait de manière involontaire et incontrôlée des composantes affectivo-sensori-motrices émanant de la PEP (voix, mouvements involontaires, affects particuliers, etc.)

Dissociation primaire, secondaire et tertiaire

Les auteurs distinguent les dissociations primaire, secondaire et tertiaire.

Dans la dissociation structurelle primaire, il existe une PANP et une PEP. La PEP correspond à la partie qui se défend face à une menace. Cette configuration est la plus simple et correspond à ce que l'on peut retrouver dans l'ESPT simple et l'état de stress aigu.

La dissociation structurelle secondaire se retrouve dans l'ESPT complexe et dans l'Autre trouble dissociatif (spécifié et non-spécifié) du DSM. Dans ce cas, il existe une PANP, mais la PEP elle-même est structurellement divisée en sous-parties. À chaque sous-PEP correspondrait un mode défensif face à la menace. Par exemple, une sous-PEP pourrait réagir par le combat, or qu'une autre par le figement.

La dissociation structurelle tertiaire correspond à une division de la PANP elle-même. Elle est caractéristique du trouble dissociatif de l'identité.

Ce modèle émet l'hypothèse d'un continuum de gravité des troubles traumatiques, allant de l'ESPT simple au trouble dissociatif de l'identité, en passant par l'ESPT complexe.

2.4 Eléments de neurobiologie de la dissociation

2.4.1 Amnésie dissociative et reviviscences : le rôle du cortisol, de l'amygdale et de l'hippocampe

L'événement traumatique met l'organisme en état de stress. Rothschild (2008) et Rossi (2002) décrivent la neuro-psychophysiologie du stress, ci-après synthétisée : l'amygdale perçoit la menace et envoie un signal d'alarme à l'hypothalamus. L'hypothalamus active alors la branche sympathique du système nerveux autonome (SNA) et libère l'hormone CRH (Corticotropin-Releasing Hormone). L'activation du sympathique prépare le corps à l'effort. Ainsi, le sympathique va stimuler les glandes surrénales qui vont libérer des

neurotransmetteurs : l'adrénaline et la noradrénaline. Ceux-ci sont responsables de l'accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, permettant ainsi de fournir plus d'oxygène à l'organisme, ainsi que du transfert d'une quantité de sang de la périphérie du corps aux muscles, afin qu'ils soient plus efficaces. Il s'agit donc d'une réaction préparant le corps à l'effort et, plus spécifiquement, à agir de manière efficace face à la menace soit par la fuite, soit par le combat. La CRH stimule l'hypophyse qui va libérer de l'ACTH (Adreno-Cortico-Tropic Hormone), qui va également stimuler les glandes surrénales pour la production d'adrénaline/noradrénaline. Les glandes surrénales libèrent du cortisol (un glucocorticoïde) qui va progressivement éteindre la réaction d'alarme en stoppant la production d'adrénaline/noradrénaline et l'activité de l'amygdale, ce qui permet au corps de retrouver son homéostasie.

Excès de libération de cortisol

Un pic d'excès de libération de cortisol peut sur-inonder l'hippocampe (contenant des récepteurs aux glucocorticoïdes), la rendant inopérante. Ceci peut expliquer l'amnésie dissociative. En effet, l'hippocampe est une structure du système limbique qui "*... sert à mémoriser nos expériences, ainsi que les détails de ces expériences dans leur contexte spatial et temporel.*" (Carluer, 2016, p.17). Elle joue un rôle dans l'apprentissage et le stockage d'une information en mémoire à long terme (mémoire explicite) en lien avec le langage. Ainsi, l'événement traumatique peut par la suite ne pas être traité comme un souvenir habituel : sa composante explicite (ce qu'on peut en dire au travers d'un récit cohérent) peut être amnésié, or que ses composantes implicites (mémoires émotionnelle et procédurale) peuvent continuer de se manifester dans le présent.

Insuffisance de libération de cortisol et mémoire liée à l'état

Comme l'explique Rothschild, lorsque "*... les glandes surrénales ne libèrent pas assez de cortisol.*" (2008, p.15), le corps continue de produire de l'adrénaline/noradrénaline et l'amygdale reste activée, prolongeant la réaction d'alarme de manière indéfinie.

L'amygdale "*... permet d'attribuer une signification émotionnelle aux expériences que nous vivons et surtout elle détecte ce qui peut être menaçant pour l'individu. C'est le centre de la peur.*" (Carluer, 2016, p.17). Elle joue un rôle dans le traitement et le stockage des souvenirs à forte teneur émotionnelle.

Selon Levine, "*les souvenirs émotionnels sont généralement déclenchés par les éléments d'une situation actuelle comportant des émotions de mêmes types et de mêmes intensi-*

tés." (2016, p.28) ou, comme le dit Rothschild : "*quand un état interne courant reproduit un état interne engendré pendant un précédent événement, les détails, l'atmosphère, les informations et autres états associés à cet événement peuvent être spontanément rappelés ou activés.*" (2008, p.4). On peut encore citer Damasio qui explique que "*des pensées apparaissent dont les thèmes correspondent à l'émotion que vous éprouvez.*" (2003, p.88). Ceci est lié avec ce que Rossi (2002) appelle la *mémoire liée à l'état*. Il explique que le système hypothalamo-limbique et les systèmes qui lui sont associés encodent l'état psychophysiologique des expériences vécues. Ainsi, un souvenir particulier est encodé avec tout l'état psychophysiologique du moment. Il en va de même pour tout apprentissage et tout comportement. C'est grâce à ce codage qu'une pensée va pouvoir par exemple faire également revenir des sensations physiques et des émotions, et vice-versa.

Or, lorsque l'amygdale reste activée, elle produit un état physiologique similaire à celui vécu pendant le trauma. Ceci peut ainsi expliquer les divers symptômes dissociatifs psychoformes (réminiscences affectives, flashbacks) et somatoformes (comportements sensori-moteurs involontaires et incontrôlables).

Hippocampe et amygdale chez l'enfant

Smith (2016) explique qu'avant l'âge de trois ans, l'hippocampe n'est pas encore arrivée à maturité or que l'amygdale l'est déjà. Ainsi, un enfant traumatisé pendant cette période ne pourra ultérieurement pas se rappeler des composantes explicites de l'événement or que des composantes affectives et sensori-motrices du souvenir seront intacts. La même logique est applicable pendant toute la période de développement du cerveau de l'enfant, dans le sens où des événements traumatiques répétés peuvent provoquer une atrophie de l'hippocampe par inondation excessive et toxique de cortisol.

2.4.2 Déréalisation/dépersonnalisation et analgésie : la théorie polyvagale

La théorie polyvagale de Porges (2007) met en évidence que chez les mammifères, lorsqu'un événement menaçant se présente, c'est d'abord le système d'engagement social qui s'active (négociation au travers de la communication), au travers de la branche ventrale du système parasympathique. Si la menace ne disparaît pas grâce à cela et qu'il y a danger, cette branche se désactive et le contrôle est repris par la branche sympathique afin d'adopter un comportement de lutte ou de fuite (cf : section 2.4.1). Si la menace persiste malgré cela, c'est alors la branche dorsale du parasympathique qui s'active brutalement.

Ceci provoque le figement (dernier mécanisme de survie permettant de feindre le mort pour désintéresser le prédateur) et une anesthésie physique (par la production d'opioïdes endogènes), qui permet de ne pas ressentir la douleur en cas d'agression. Cet état psychophysologique serait également lié aux expériences de déréalisation/dépersonnalisation.

2.4.3 Types de dissociation : insuffisance ou excès d'inhibition cortico- limbique

Le cerveau humain s'est développé au fur et à mesure de l'évolution. Le modèle triunique de MacLean, comme l'explique Carlier (2016), distingue trois cerveaux : reptilien, limbique et cortex préfrontal. Ces cerveaux sont connectés et agissent de pair de manière à assurer un fonctionnement optimal. Du cerveau reptilien au cortex préfrontal, on passe d'un comportement plus simple, instinctif et rapide à un comportement plus complexe, réfléchi, et donc plus lent.

En situation de sécurité, c'est le cortex préfrontal qui domine le cerveau limbique et reptilien, par inhibition ; on parle alors de régulation descendante. Cette situation s'inverse en cas de danger, afin que des comportements instinctifs et rapides de survie puissent se mettre en place ; il s'agit alors de régulation ascendante. Une fois la menace disparue, c'est la régulation descendante qui se remet en place.

Certaines études (Brand et al., 2010 ; Brand, Lanius, Loewenstein, Spiegel, & Vermetten, 2012) ont montré que les phénomènes dissociatifs peuvent être expliqués par une perturbation de cette régulation descendante et ascendante. Cette perturbation peut être temporaire, en tant que symptomatologie péri-traumatique, mais peut également s'installer dans la durée (ESPT, troubles dissociatifs).

Dissociation avec hypoactivation : excès d'inhibition cortico- limbique

Dans la dissociation avec hypoactivation (limbique), le cortex préfrontal inhibe de manière excessive des structures limbiques (notamment l'amygdale et l'insula). L'hypoactivation de l'amygdale va provoquer une incapacité à ressentir des émotions (anesthésie émotionnelle), et l'hypoactivation de l'insula pourra provoquer les symptômes d'analgésie et anesthésie corporelle, mais aussi de perturbation de la conscience corporelle (sentiment de déréalisation, dépersonnalisation).

Dissociation avec hyperactivation : déficit d'inhibition cortico- limbique

Dans la dissociation avec hyperactivation (limbique), le cortex préfrontal inhibe insuffisamment l'activité de l'amygdale et de l'insula. Ainsi, l'amygdale hyperactivée (par la menace ou le souvenir traumatique) produit des émotions fortes et incontrôlables (peur, effroi, etc.) et ravive les souvenirs traumatiques (flashbacks). L'insula hyperactivée va créer des manifestations somatiques en lien avec le traumatisme (symptômes sensorimoteurs incontrôlables : mouvements involontaires, etc.).

Ces auteurs mettent leurs résultats en lien avec le concept de dissociation structurelle de la personnalité (cf : section 2.3.4). La dissociation primaire correspondrait à de l'hyperactivation, or que la dissociation secondaire et tertiaire à de l'hypoactivation.

2.5 Symptomatologie dissociative du traumatisme

Des sections qui précèdent, nous avons décidé d'effectuer une synthèse de la symptomatologie dissociative. Pour cela, il a été décidé de regrouper et classifier les symptômes dissociatifs au travers des registres cognitifs, affectifs, somatiques et comportementaux, en tenant compte d'un spécificateur, celui de l'étanchéité/porosité (Smith, 2016b), et qui correspond également à l'hypoactivation/hyperactivation (Brand et al., 2010; Brand, Lanius, et al., 2012). L'étanchéité indique qu'une partie dissociée de la personne, liée au trauma, ne fait pas irruption dans le reste de la conscience de la personne. La porosité indique le contraire, c'est-à-dire que la partie dissociée peut faire irruption, de manière involontaire et incontrôlée, dans la partie non dissociée de la personne.

Une personne traumatisée peut présenter à la fois des symptômes étanches et poreux. Elle peut aussi éprouver des symptômes dissociatifs dans un seul ou plusieurs registres (cognitif, affectif, somatique et comportemental). Ainsi, il est par exemple possible d'éprouver un symptôme dissociatif somatique poreux (reviviscence somatique), sans pour cela pouvoir faire consciemment le lien avec le trauma vécu, dans le sens où le symptôme dissociatif cognitif est étanche (amnésie).

Les divers symptômes dissociatifs présentés dans les sections suivantes proviennent d'une synthèse personnelle issue de diverses sources (American Psychiatric Association, 2015; Boon & van der Hart, 2016; Brassine, 2014a; Josse, 2014; Nijenhuis, 2001; Rothschild, 2008; Smith, 2016b).

2.5.1 Dissociation cognitive

TABLE 2.1 – Dissociations cognitives

	Étanchéité	Porosité
Souvenance	Amnésie	Hypermnésie
Identité	Dépersonnalisation Déréalisation	Distorsion cognitive traumatique
Temporalité	Contraction temporelle	Distension temporelle

Souvenance

L'*amnésie* est le fait de ne pas se souvenir d'une partie ou de l'entièreté de l'événement traumatique. Cette dissociation est étanche dans le sens où le souvenir amnésié ne fait pas irruption dans le reste de la conscience du sujet. Le versant poreux est l'*hypermnésie* : c'est le fait d'avoir des pensées récurrentes, involontaires et incontrôlables à propos de l'événement traumatique. C'est en quelque sorte un flashback mais dans son versant cognitif. L'hypermnésie est en lien avec les autres types de flashbacks, à savoir la reviviscence émotionnelle du registre affectif et les hallucinations positives du registre somatique.

Identité

La *dépersonnalisation* est l'impression de ne plus être soi-même, ou d'être comme un observateur extérieur de soi-même, ou l'impression que l'événement traumatique est arrivé à quelqu'un d'autre. La *déréalisation* est une impression d'irréalité, d'étrangeté ou de non-reconnaissance des personnes et de l'environnement, ou la sensation d'être détaché de l'environnement, comme dans un rêve, ou la sensation de voir les choses comme au travers d'un brouillard ou de manière déformée. Dépersonnalisation et déréalisation sont des symptômes dissociatifs étanches dans le sens où ils mettent à distance l'événement traumatique, afin de s'en protéger. Le versant poreux consiste à ne plus voir les autres, l'environnement, les situations et événements, qu'au travers de la *distorsion cognitive traumatique*. Par exemple, quelqu'un qui aurait été mordu par un chien et pour qui cela fait trauma pourra penser que tous les chiens ou animaux sont dangereux.

Temporalité

La *distorsion temporelle* est le fait que la perception du temps de l'événement traumatique ou de la période qui l'entoure ne correspond pas avec le temps réellement écoulé. Ceci peut se produire à la fois pendant l'événement traumatique, mais peut également être un phénomène qui concerne son souvenir. Ainsi, une personne qui est en train de vivre un événement traumatique depuis, par exemple, une minute, peut avoir l'impression qu'il dure depuis plusieurs minutes. Dans cet exemple, cela correspond à une distension du temps ; le temps paraît plus long. En ce sens, il correspond au versant poreux, car il y a échec d'une dissociation protectrice. Le cas contraire, la contraction temporelle, est le fait d'avoir la sensation que le temps est plus court. Ceci permet donc de se protéger psychiquement de l'événement traumatique et constitue donc le versant étanche.

2.5.2 Dissociation affective

TABLE 2.2 – Dissociations affectives

	Étanchéité	Porosité
Ressenti émotionnel	Anesthésie	Reviviscence

L'*anesthésie émotionnelle* consiste à ne pas ressentir certaines émotions. Par exemple, lors d'une agression, la victime peut se couper de ses émotions au point de ne plus rien ressentir. Mais cela peut également se déclarer comme un symptôme post-traumatique, la victime ne pouvant plus ressentir certains sentiments ou émotions tels la peur, la tristesse, la joie, le plaisir, la colère, l'empathie, et ce de manière généralisée ou dans certains contextes qui rappellent le trauma. Par exemple, une personne abusée par un homme pourra se comporter de manière froide avec tous les hommes par la suite. La personne se décrit parfois comme étant vide. L'anesthésie émotionnelle est une dissociation étanche et son équivalent poreux est la *reviviscence émotionnelle* (ou flashback émotionnel), dans le sens où la personne revit de manière récurrente, involontaire et incontrôlable des émotions telles la peur, l'anxiété, la tristesse, la colère en lien avec l'événement traumatique.

TABLE 2.3 – Dissociations somatiques

	Étanchéité	Porosité
Hallucination visuelle	Négative	Positive
Hallucination auditive	Négative	Positive
Hallucination tactile	Négative (anesthésie physique)	Positive (hypersensibilité)
Hallucination olfactive	Négative	Positive
Hallucination gustative	Négative	Positive
Somesthésie	Analgésie	Douleur
Système moteur		Paralysie et Mouvements involontaires
Système nerveux autonome		Activation orthosympathique

2.5.3 Dissociation somatique

Hallucinations

Les hallucinations concernent les cinq sens. Une *hallucination positive* est le fait de voir, entendre, sentir tactilement, sentir olfactivement, ou goûter quelque chose qui n'est pas présent. L'*hallucination négative* est le contraire ; c'est ne pas voir, entendre, sentir ou goûter quelque chose qui est présent. Par exemple, une personne qui a subi un viol peut par la suite être envahie par des flashbacks sensoriels. Elle peut par exemple avoir la sensation de sentir l'odeur de l'agresseur ou des caresses sur son corps. Ce sont donc des hallucinations positives et celles-ci correspondent à un mode dissociatif poreux. Un exemple d'hallucination auditive négative consisterait à ne plus pouvoir entendre certains mots qui avaient été prononcés par l'agresseur. L'hallucination négative tactile est également appelée *anesthésie physique*.

Système somesthésique

La dissociation peut toucher le système somesthésique du sujet traumatisé. Celui-ci permet de ressentir ce qui se passe à l'intérieur du corps, par exemple le plaisir, la douleur, ou la prise de conscience du rythme cardiaque, de la respiration, de la température interne, des sensations viscérales et de la tension musculaire. Ainsi, ne plus ressentir de douleur or qu'un stimulus douloureux est présent est appelé l'*analgésie*. C'est dans ce cas une dissociation étanche. Le contraire, sur le mode poreux, correspond au fait de ressentir de la *douleur physique* or que le stimulus n'est pas présent, ou bien d'en ressentir de manière

disproportionnée par rapport au stimulus. Par exemple, une personne qui avait été agressée physiquement peut expliquer que lors de l'événement, elle ne sentait pas la douleur (analgésie), ou ne sentait plus rien (anesthésie); ou bien, une personne violée peut par la suite dans ses relations avoir constamment des rapports sexuels douloureux.

Systeme moteur

La dissociation peut également concerner le système moteur de la personne traumatisée. Ainsi, il est possible que la personne se sente comme figée (*catalepsie*), paralysée, ou en incapacité de parler, que ce soit lors du vécu traumatique ou face à des stimuli venant le rappeler. Au contraire, la personne traumatisée peut par la suite être prise de mouvements involontaires. Par exemple, si la personne clignait fortement des yeux pour se protéger de flammes lors d'un incendie, elle pourrait par la suite continuer à cligner des yeux de manière involontaire et répétitive hors que la situation ne le demande pas. On peut catégoriser dans la motricité involontaire des muscles en permanence contractés. Par exemple, une femme abusée peut par la suite être atteinte de vaginisme, une contraction musculaire prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin, rendant par cela impossible ou douloureuse toute pénétration, même désirée. Bien que la paralysie et les mouvements involontaires soient contraires, ils sont tous deux des symptômes intrusifs venant rappeler le trauma et sont donc en ce sens catégorisés dans les symptômes poreux.

La personne traumatisée peut par la suite présenter des symptômes physiques liés au système nerveux autonome et qui sont similaires à ceux qu'elle a présentés lors de l'événement traumatique. Ces symptômes peuvent apparaître de manière involontaire et incontrôlable en présence de stimuli venant rappeler le trauma. Par exemple, des sueurs froides, une accélération du rythme cardiaque, une haute tension artérielle, une accélération de la respiration, etc. Il s'agit donc de symptômes poreux et ils correspondent à l'activation de la branche orthosympathique du système nerveux autonome.

2.5.4 Dissociation comportementale

TABLE 2.4 – Dissociations comportementales

	Étanchéité	Porosité
Situations traumatogènes	Évitement	Répétition

La personne traumatisée peut par la suite éviter toute situation qui rappelle de quelque manière le trauma vécu, et ce, de manière inconsciente. Cela sert à protéger le sujet et est donc un symptôme étanche. Le contraire consiste à répéter, de manière inconsciente, des situations qui rappellent des composantes du trauma. Une personne ayant subi une agression physique violente pourrait sans s'en rendre compte adopter un comportement agressif envers autrui ; ou multiplier de manière involontaire des relations avec des partenaires violents ; ou réaliser qu'elle s'est rendue inconsciemment et involontairement sur le lieu de l'événement traumatique. Il s'agit dès lors de symptômes poreux.

Chapitre 3

Psychothérapie du traumatisme

Ce chapitre décrit les objectifs, principes et techniques utilisées en psychothérapie du traumatisme. Plus spécifiquement, il s'agira de présenter ce qu'il en est dans le courant des thérapies brèves, courant auquel appartient la PTR. Dans la suite de ce travail, le terme de *psychothérapie du traumatisme* fait implicitement référence à ce type d'approche.

La psychothérapie du traumatisme consiste principalement (Brassine, 2014a; Dellucci, 2016; Hopchet, 2016; Josse, 2016; Levine, 2016; Rothschild, 2008; Schittecatte, 2016) en un travail de stabilisation de l'état du patient et de reconsolidation de ses mnésies traumatiques.

3.1 La stabilisation du patient

Comme l'explique Dellucci, "*... il n'est pas possible d'avancer dans un travail de psychotraumatologie sans une stabilisation adéquate.*" (Dellucci, 2016, p.52). Selon elle, se stabiliser, c'est pouvoir "*se sentir en sécurité, s'engager dans une relation d'attachement sécuritaire et pouvoir se projeter dans le futur et avoir de l'espoir.*" (2016, p.54).

Rothschild explique que "*sans la confiance, les souvenirs traumatiques ne peuvent être affrontés de façon constructive.*" (2008, p.91).

On peut également citer Levine qui considère nécessaire "*... que la personne soit suffisamment enracinée, régulée et maître d'elle-même avant le travail direct avec le souvenir traumatique.*" (2016, p.154).

Les sous-sections suivantes expliquent des manières de favoriser cette stabilisation.

3.1.1 Psychoéducation sur les mécanismes du traumatisme

Comme il a déjà été expliqué, un événement est traumatique lorsqu'il provoque une effraction du psychisme de l'individu et fait déborder ses défenses. Ceci provoque notamment une symptomatologie psycho-corporelle sur laquelle la personne traumatisée n'a pas de contrôle efficace. Le patient a donc vécu un sentiment d'impuissance lors de l'événement traumatique, mais peut également continuer à expérimenter ce sentiment du fait de la symptomatologie psycho-corporelle qui s'impose à lui de manière involontaire et incontrôlable. Ce sentiment d'impuissance est souvent accompagné de sentiments d'incompréhension, de honte et de culpabilité. Dellucci explique que *"... ces patients portent souvent d'importants mouvements de honte qui les poussent à ne pas divulguer des éléments de leur biographie, par crainte d'être jugés ou abandonnés par le thérapeute."* (2016, p.59).

Il est alors utile d'expliquer au patient les aspects psychophysiologiques du traumatisme et de normaliser sa symptomatologie. Par exemple, il arrive que des patients cachent certains symptômes dissociatifs tels que des flashbacks, sensations physiques intrusives ou sentiments de déréalisation.

Un exemple type est le traumatisme par abus sexuel. Lors de l'événement traumatique, il n'est pas rare que des mécanismes dissociatifs de défense se mettent en place de sorte que la victime ne puisse plus bouger (figement), ne ressente plus la douleur (anesthésie physique), ne ressente plus aucune émotion (anesthésie émotionnelle) ou ait l'impression de voir la scène de l'extérieur, comme si elle avait quitté son corps. Il se peut que par la suite, elle continue d'expérimenter de manière automatique de tels mécanismes dissociatifs. Elle peut présenter de l'amnésie dissociative. Il est aussi possible que la personne traumatisée présente des hallucinations positives touchant une modalité sensorielle (ce que nous avons expliqué comme étant un symptôme dissociatif poreux). Une personne peut par exemple avoir la sensation de voir le visage de l'agresseur à la place de celui de son compagnon (hallucination visuelle), un goût de sperme dans la bouche (hallucination gustative), un ressenti de pénétration (hallucination tactile), etc. Elle peut ne plus ressentir aucune sensation lors de rapports sexuels avec son compagnon (anesthésie physique et/ou émotionnelle).

Il sera ainsi important d'expliquer au patient que ces symptômes dissociatifs sont des mécanismes de défense automatiques que l'organisme a utilisé pour se protéger à un moment donné et que c'était alors la meilleure solution. Comme l'explique Dellucci, *"il est utile, dès lors, de mettre des mots sur le fonctionnement dissociatif comme un réflexe de survie massif, qui a été nécessaire à un moment donné ..."* (2016, p.63). Par exemple, le

figement (paralysie physique), l'anesthésie physique et émotionnelle et les vécus de décorporation/déréalisation étant des mécanismes automatiques, il est normal que le patient n'ait pu avoir du contrôle sur la situation.

Une explication du fonctionnement du système nerveux autonome est également un aspect important, car celui-ci régule toute une série de processus physiologiques. Chez la personne traumatisée, les branches sympathique, parasympathique et entérique peuvent ne plus fonctionner de manière équilibrée, pouvant à terme provoquer toute une série de symptômes physiques (fatigue et douleurs chroniques, troubles gastro-intestinaux, génito-urinaires, etc.).

En reprenant l'exemple de l'abus, il est possible que la personne abusée ressente de la culpabilité, ayant ressenti du plaisir pendant le viol. La personne peut dès lors développer la croyance qu'elle a provoqué cette situation. Comme l'explique Brassine, il est alors important d' "... *expliquer la réalité anatomique et fonctionnelle de ce plaisir mécanique. Le corps de la personne, malgré sa « volonté », n'a pas les moyens de lui empêcher de ressentir du « plaisir » malgré l'horreur et l'effroi de la situation.*" (2014, p.37). C'est en effet dû à une réactivité physiologique autonome normale des muscles lisses. Il ajoute qu'il est donc important de "... *souligner la différence entre plaisir et désir*" (2014a, p.37).

Selon Brassine (2014a), ceci peut avoir un grand effet de soulagement et de déculpabilisation pour un patient qui se sent honteux de ses symptômes et responsable de ce qui lui est arrivé, s'étant figé au lieu d'agir. Le patient peut pour la première fois se sentir compris dans son vécu, et ceci va notamment participer au développement de l'alliance thérapeutique. C'est d'autant plus important pour les patients qui ont vécu des traumatismes en lien avec une situation relationnelle où la confiance en l'autre a été trahie ou n'a pas pu se développer (trauma complexe par maltraitances répétées ou chroniques).

3.1.2 Éviter la réactivation des mnésies traumatiques

Comme il a été expliqué dans la section 2.5, les symptômes dissociatifs du traumatisme peuvent être étanches ou poreux. Les symptômes poreux font irruption dans la conscience de l'individu traumatisé lorsque certains stimuli internes ou externes viennent rappeler des éléments de l'événement traumatique. Ces stimuli sont appelés des déclencheurs traumatiques. Il a été présenté dans la section 2.4.1 que ceci peut être expliqué par le concept de *mémoire liée à l'état* : un souvenir est encodé avec tout l'état psychophysiologique du moment. Ainsi, les mémoires explicites (déclarative et épisodique ; plus conscientes et verbales) et implicites (émotionnelle et procédurale ; plus inconscientes et non ver-

bales/corporelles) sont liées, de sorte qu'un stimulus venant rappeler un événement stocké dans l'une de ces mémoires peut venir spontanément réactiver les autres mémoires liées à cet état. Ceci est d'autant plus vrai pour les souvenirs qui ont une composante émotionnelle forte (Damasio, 2003 ; Rossi, 2002 ; Rothschild, 2008). Par exemple, une sensation physique ou une odeur particulière peuvent venir rappeler le trauma par similitude et déclencher des flashbacks de l'événement traumatique, les émotions de détresse qui ont été éprouvées à ce moment et l'hyperactivation du système nerveux autonome.

Les personnes qui revivent des composantes du trauma suite à des déclencheurs traumatiques peuvent être à nouveau traumatisées (Brassine, 2014a ; Dellucci, 2016 ; Josse, 2016 ; Rothschild, 2008 ; Schittecatte, 2016). Les symptômes s'imposent à eux de manière involontaire et incontrôlable et viennent consolider les mnésies traumatiques (Brassine, 2014a).

Un principe psychothérapeutique important consiste donc à éviter la réactivation des mnésies traumatiques du patient.

L'anamnèse

L'anamnèse se fait de manière prudente, afin de ne pas agir comme déclencheur traumatique. Parler du trauma est souvent loin de faire du bien si des précautions ne sont pas prises.

Comme l'explique Rothschild : *"plus le patient donnera de détails en retraçant les circonstances de l'événement traumatique, plus le risque d'hyperstimulation sera grand. Le contrôle du SNV (système nerveux végétatif) avec la possibilité d'appliquer les freins aidera beaucoup le patient à tolérer et digérer le processus."* (2016, p.119).

Brassine explique que *"ces tentatives de ne pas souffrir peuvent être volontaires (par des efforts conscients de ne rien dévoiler) ou inconscientes (par l'apparition de mécanismes dissociatifs de protection réactivés pour « protéger » le patient)." (2014a, p.3).* L'amnésie est, comme nous l'avons vu, un exemple de protection dissociative. Il convient dès lors de respecter celle-ci pendant l'anamnèse. Des levées d'amnésies peuvent survenir plus tard pendant le travail, au fur et à mesure que le patient se sent de plus en plus en sécurité et reprend du contrôle sur la symptomatologie qu'il présente.

Rothschild propose également une anamnèse progressive, où dans un premier temps le patient ne fait que nommer les événements traumatisants. Si cela est confortable, alors seulement il est proposé au patient d'expliquer les traumas dans les grandes lignes. Enfin,

si et seulement si l'étape précédente est confortable, il est proposé au patient de donner les détails importants de chaque incident. Ainsi, l'anamnèse est effectuée de manière progressive et est interrompue à chaque fois que le patient montre des signes d'hyperactivation ou des mouvements dissociatifs. Le thérapeute doit donc être entraîné à observer le non verbal du patient afin de déceler ces signes. Il peut lui demander de lui décrire son état à divers moments, mais aussi lui demander sa collaboration active, dans le sens où il est utile de demander au patient de lui-même interrompre son récit et signaler au thérapeute tout inconfort.

La manière de rééquilibrer le système nerveux autonome sera expliquée dans la section 3.1.3. Nous verrons dans la section 3.2 combien il est également important de recenser les ressources du patient lors de l'anamnèse, celles-ci allant servir à la fois dans la reconsolidation des mnésies traumatiques et comme freins venant calmer le système nerveux autonome.

Quelques autres éléments concernant l'anamnèse sont à prendre en considération, bien qu'ils ne concernent pas l'évitement de la réactivation des mnésies traumatiques du patient. Lors de l'anamnèse, il est important de prendre note de la médication du patient (Brassine, 2014a), celle-ci pouvant être à l'origine de certains symptômes à ne pas interpréter comme traumatiques. Enfin, comme l'explique Brassine (2014a), certains patients ne consultent pas par rapport à un trauma vécu, mais présentent des troubles somatiques. Il est important d'interroger le patient sur le contexte d'apparition de ces troubles, car il arrive parfois que des liens se fassent entre un événement traumatisant et l'apparition de ceux-ci. Ces troubles sont alors parfois des symptômes psychosomatiques, dans le sens de symptômes dissociatifs protecteurs.

Sécuriser le patient

Afin de permettre un travail prudent, sécurisant, il est important que le patient évite autant que possible les déclencheurs traumatiques qui peuvent être présents dans sa vie quotidienne, hors séance. Il est donc important d'effectuer un travail de recensement et anticiper ces déclencheurs.

Par ailleurs, comme l'explique Rothschild, *"il n'est possible de résoudre un traumatisme alors que le patient vit dans un environnement peu sûr et/ou traumatisant. Résoudre un traumatisme implique le relâchement des défenses qui ont aidé à l'endiguer."* (2008, p.94). Dans ce cas, il s'agit plutôt dans un premier temps d'écarter les éléments potentiellement traumatisants du contexte de vie du patient. Ceci peut se faire par des aménagements

relationnels, un déménagement, une aide sociale, juridique, etc. (Dellucci, 2016). Le développement de cet aspect dépasse le cadre de ce travail.

L'alliance thérapeutique

Il a été expliqué que l'alliance thérapeutique se développe notamment par un thérapeute qui :

- Montre au patient qu'il comprend sa symptomatologie et la normalise ;
- lui explique les aspects neuro-psychophysiologiques du trauma ;
- respecte ses protections dissociatives et évite les déclencheurs traumatiques pendant l'anamnèse.

La position du thérapeute dans la relation thérapeutique est ainsi de grande importance dans la psychothérapie du traumatisme.

La position du thérapeute est d'autant plus importante que le patient a vécu des traumatismes en lien avec un agresseur. En effet, il est possible que le patient transfère sur la personne du thérapeute des éléments de l'agresseur. Il convient au thérapeute d'être prudent afin de ne pas agir lui-même comme déclencheur traumatique. Par exemple, si l'on prend le cas d'un patient abusé, il convient d'être prudent avec la proximité physique, le toucher, la gestion du regard, mais également avec la manière de diriger la séance (Dellucci, 2016; Rothschild, 2008). Des techniques trop directives, où le thérapeute a une position haute par rapport au patient peut mettre celui-ci dans une position de passivité qui lui rappelle l'impuissance vécue lors du trauma (Brassine, 2014a).

3.1.3 Rééquilibrer le système nerveux autonome

Dellucci explique que *"lorsque nous rencontrons des personnes en psychotraumatologie, la première attention que nous portons est portée sur le corps, en vue de l'apaiser."* (2016, p.54).

Rothschild explique que *"... lorsque le SNS [système nerveux orthosympathique] est constamment hyperstimulé, l'ajout d'un nouveau stress le fait grimper en flèche encore plus haut ; le sommet est alors dépassé ce qui les [les personnes] fait se sentir submergées."* (2008, p.58).

Cet état d'hyperactivation peut rappeler l'état vécu lors de l'événement traumatique et ainsi agir comme déclencheur traumatique et traumatiser à nouveau le patient. Le contraire

est également possible : si le patient a réagi par le figement lors de l'événement traumatique (activation de la branche dorsale du parasympathique), stimuler le parasympathique peut également agir comme déclencheur traumatique, ce qui de prime abord peut paraître contre-intuitif.

En fonction de l'état de déséquilibre du système nerveux autonome (SNA) que présente le patient, il s'agit donc d'aller soit vers plus d'activation, soit vers plus d'apaisement. Rothschild (2008) explique que le praticien expérimenté peut déceler l'état du patient par une observation de signes corporels visibles tels que : le rythme cardiaque, le rythme de la respiration, la couleur de la peau (rougeur, pâleur), la sudation/moiteur, la dilatation des pupilles, l'immobilité. Le praticien peut également obtenir des informations en questionnant le patient sur son état psycho-corporel. Elle explique que *"les observations du thérapeute combinées au feed-back sensoriel du patient sur l'état du SNV [système nerveux autonome] sont des outils parmi les plus puissants pour déterminer le rythme adéquat de la thérapie."* (2008, p.116).

Avant d'entamer un travail de reconsolidation des mnésies traumatiques, il est important (Dellucci, 2016; Rothschild, 2008) d'aider le patient à retrouver un état d'équilibre de son SNA.

Diverses techniques et exercices peuvent être utilisés en vue de permettre au patient de retrouver cet équilibre. Ceux-ci sont présentés dans les sections suivantes.

La conscience corporelle

Selon Rothschild (2008) et Dellucci (2016), la conscience corporelle est un outil thérapeutique important.

Elle explique que *"la conscience des stimuli sensoriels actuels représente notre lien fondamental avec le moment présent. Elle est également en liaison directe avec nos émotions. Utilisée comme un outil thérapeutique, la simple conscience corporelle permet d'évaluer, de diminuer et de stopper l'hyperstimulation traumatique et de bien faire la distinction entre passé et présent."* (2008, p.108).

Il s'agit, comme le dit Dellucci, d'*"... ancrer le corps dans l'espace, dans l'ici et maintenant, et à orienter l'attention dans le lieu et le temps présents. Le but est d'amener la conscience dans le corps et dans cet espace sécurisé."* (2016, p.55). Elle explique que l'entraînement à la conscience corporelle peut se faire en séance avec le patient, au travers d'exercices inspirés par des techniques de méditation pleine conscience, de yoga, de

respiration consciente, de cohérence cardiaque, etc.

Selon Rothschild (2008), ces exercices sont à introduire prudemment. Elle explique qu'il arrive que la perception de certaines sensations corporelles rappelle au patient un événement traumatique vécu et que celles-ci agissent dès lors comme déclencheur traumatique. Elle explique notamment que "*... quand les questions sont posées sur un rythme plus lent, permettant de s'attarder longuement sur une sensation, le risque est grand de réveiller plus de souvenirs.*" (2008, p.115). Elle évoque également le fait que certains patients traumatisés consacrent énormément d'attention à ces stimuli internes qui rappellent le trauma. Dès lors, il est intéressant dans ce cas de plutôt développer l'attention sur les stimuli externes et non pas internes, ou du moins s'exercer à pouvoir développer un *double niveau de conscience* (2008, p.137-139), dans le sens d'une attention centrée simultanément sur des stimuli internes (de l'ordre du ressenti) et externes (de l'ordre de l'observation neutre). Ceci peut également avoir comme effet de calmer le système nerveux sympathique.

L'anesthésie physique étant un symptôme dissociatif traumatique possible, nous pensons qu'il est également possible que certains exercices de conscience corporelle ne soient pas adéquats, le patient pouvant ne pas ressentir certaines parties de son corps.

La distance optimale

Comme l'explique Rothschild, la frontière interpersonnelle se définit comme étant "*... le point où la distance entre vous et quelqu'un d'autre passe de confortable à inconfortable.*" (2008, p.148). Ce respect d'une distance est un aménagement simple qui peut parfois suffire à calmer le système nerveux sympathique du patient.

Détente et tension musculaire

Rothschild (2008) explique que la relaxation musculaire est à utiliser avec précaution chez les sujets traumatisés. La relaxation musculaire peut convenir à certains patients et induire un apaisement du système nerveux sympathique, tandis que chez d'autres, cela aura tendance à l'hyperstimuler. Ainsi, si certains patients peuvent par exemple tirer un bénéfice de massages, d'exercices de stretching et de relaxation progressive, pour d'autres, il sera plutôt bénéfique de maintenir ou développer de la tension musculaire. Comme elle le dit, "*... des personnes ayant plus de tonicité musculaire supportent davantage l'hyperstimulation que ceux dont la laxité des muscles est plus grande. Par exemple, une tonicité musculaire plus importante accroît la confiance en soi et diminue les sentiments de vulnérabilité et d'impuissance.*" (2008, p.144).

L'attention centrée sur une ressource

Selon plusieurs auteurs (Brassine, 2014a; Dellucci, 2016; Josse, 2016; Levine, 2016; Rothschild, 2008), centrer son attention sur ses propres ressources est un moyen dont dispose le patient pour rééquilibrer son système nerveux autonome. Ils expliquent que l'utilisation des ressources se fait dans la phase de stabilisation, mais également durant toute la phase de reconsolidation des mnésies traumatiques. La section suivante aborde plus en détail le thème des ressources du patient.

3.2 Les ressources du patient

Les ressources d'une personne sont les *"moyens [lui] permettant de se tirer d'embarras ou d'améliorer une situation difficile ... [les] capacités, possibilités (physiques ou morales) dont elle fait preuve dans la difficulté ou l'effort."* (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNTRL], n.d). Ce sont également les *"Possibilités d'action de quelqu'un, [les] moyens intellectuels dont il dispose."* (Larousse, n.d).

Selon Melchior (1998a), les thérapies classiques se focalisent trop souvent sur les déficits du patient. Ceci pourrait avoir pour conséquence une aggravation de son état.

Citons Rothschild : *"Plus le patient a de ressources, plus la thérapie sera facile et prometteuse de bons résultats."* (2008, p.96).

3.2.1 Relever les ressources

Selon Melchior, il est important que le thérapeute prenne le temps de *"... détecter toutes les choses que le patient possède déjà, qu'il le sache ou non, susceptibles d'être mises à son service ... cela implique ... que son questionnement au cours des entretiens soit en partie orienté vers leur recherche."* (1998a, p.400).

Dellucci, dans le même sens, explique qu'il s'agit de veiller à *"... compléter l'anamnèse de suffisamment de bons souvenirs, de personnes étayant dans le passé et le présent et d'activités agréables ..."* (2016, p.66). Il peut être utile, selon elle, de dresser avec le patient *"... l'inventaire de ce qui marche, quand ça ne va pas ... en rendant conscientes et accessibles des ressources très personnelles, souvent restées implicites, même si mises en œuvre pendant des moments de crise."* (2016, p.67). Elle explique qu'il s'agit de relever ce qui a permis au patient d'être encore en vie malgré le trauma vécu, et d'avoir accompli

toute une série de choses depuis. Ainsi, le thérapeute peut explorer avec le patient ce qui lui a permis, malgré le trauma, de par exemple : fonder une famille, avoir des amis, retourner au travail, se relever, tenir le coup, etc. Les réponses à ces questions sont autant de ressources dont dispose le patient. Il peut par exemple s'agir de force, de courage, de persévérance, d'attentes positives, de soutien social, d'activités ressourçantes, etc.

3.2.2 L'utilisation des ressources

Le patient peut être incité à utiliser ses ressources en dehors du cadre thérapeutique (Dellucci, 2016).

En thérapie, elles seront utilisées pour prévenir ou calmer l'hyperactivation du système nerveux autonome du patient pouvant apparaître du fait de l'activation des mnésies traumatiques (Brassine, 2014a; Dellucci, 2016; Josse, 2016; Rothschild, 2008). Elles pourront également l'être pour permettre au patient de disposer de capacités d'action lors de la phase de reconsolidation de ses mnésies traumatiques (Brassine, 2014a; Josse, 2016; Levine, 2016). La reconsolidation mnésique sera abordée à la section 3.3.

En thérapie, il s'agit principalement de demander au patient de se remémorer des souvenirs liés à des ressources, dans le but de lui faire revivre un état psychophysiologique agréable (Brassine, 2014a; Dellucci, 2016; Josse, 2016; Rothschild, 2008). En effet, comme expliqué dans la section 3.1.2 avec le concept de *mémoire liée à l'état*, une expérience est encodée en mémoire avec tout l'état psychophysiologique du moment. Ainsi, le rappel d'un souvenir agréable peut réactiver l'état psychophysiologique lié à ce souvenir.

Évoquant ces rappels, Dellucci explique que *"les vécus positifs et ressourçants [du passé] suscitent chez le patient une expérience corporelle agréable, qui pourra servir [dans le moment présent] de référence pour s'apaiser."* (2016, p.66). Lors de moments d'hyperactivation, ces souvenirs donneront la *"... possibilité de s'extraire de l'ici et maintenant, pour mentalement aller s'apaiser ailleurs."* (Dellucci, 2016, p.66). On peut encore citer Rothschild qui, quant aux ressources, explique que : *"ramener leur souvenir peut provoquer chez le patient des sensations et des sentiments positifs."* (Rothschild, 2008, p.98).

3.2.3 Les types de ressources

Il existe divers types de ressources. Rothschild (2008, p.96) distingue les ressources fonctionnelles, physiques, psychologiques, relationnelles, spirituelles, et liées aux souvenirs somatiques. La littérature (Brassine, 2014a; Dellucci, 2016; Josse, 2016; Levine,

2016; Monestès & Villatte, 2011; Schittecatte, 2016) permet d'également en distinguer d'autres : les valeurs et croyances ainsi que les ressources imaginées.

Les ressources fonctionnelles

Rothschild (2008) explique que ce sont les ressources pratiques de la vie courante du patient.

Il peut par exemple s'agir du lieu de vie de la personne (Dellucci, 2016; Rothschild, 2008), si elle s'y sent en sécurité.

Un autre exemple d'une telle ressource est, selon Rothschild (2008), le lieu sécurisant que constitue l'espace thérapeutique. Elle explique que lorsque le patient est en train de vivre des réminiscences, une technique consiste à l'apaiser en centrant son attention grâce à ses cinq sens sur le moment présent sécurisant que constituent le temps et l'espace thérapeutique. Ceci peut être stimulé au travers de questions posées au patient. Par exemple, on peut lui demander de nommer et détailler (forme, couleur, texture, etc.) quelques objets qu'il voit dans la pièce, de décrire les bruits qu'il perçoit ou les sensations physiques qu'il ressent du fait d'être assis, etc.

Les ressources physiques

L'agilité, la force physique, la capacité de se défendre sont des exemples de ressources physiques (Rothschild, 2008). Certaines de ces ressources peuvent être présentes chez le patient au moment où il consulte, or que pour d'autres, il sera proposé de les développer au travers par exemple du sport ou de cours de yoga, de musculation, d'arts martiaux, d'autodéfense, etc. (Dellucci, 2016; Rothschild, 2008). Selon Rothschild, ce sont "*... d'utiles adjuvants à la thérapie des traumatismes ... développer des ressources physiques va renforcer, pour beaucoup de patients, le sentiment de confiance.*" (2008, p.96).

Les ressources psychologiques

Les ressources psychologiques peuvent être des traits tels que le sens de l'humour, la curiosité, la créativité, etc. (Rothschild, 2008).

Concernant l'humour et selon Brassine, "*le travail sur le traumatisme est d'autant plus efficace que le patient souffre moins, s'amuse et collabore à la transformation du souvenir, parfois même avec un décalage comique. Cette manière de travailler apporte un confort,*

une légèreté, tant pour le client que pour le thérapeute, et ceci n'est pas à négliger quand on connaît les effets dévastateurs du trauma contracté par les professionnels à l'écoute du trauma et leurs patients." (2014a, p.9).

Selon Brassine (2014a) et Rothschild (2008), les divers symptômes dissociatifs traumatiques, du fait qu'ils sont des mécanismes de défense, peuvent également être considérés comme étant des ressources. Les recadrer comme telles peut être libérateur pour le patient. Nous reviendrons sur cet aspect important dans le chapitre 5 qui traite de la PTR, et où le patient est incité à faire usage de ses symptômes dissociatifs protecteurs.

Les ressources relationnelles

Selon Dellucci, il s'agit des "*... personnes sur lesquelles il [le patient] a pu s'appuyer, avec lesquelles la relation est satisfaisante.*" (2016, p.67). Elle y ajoute également les animaux de compagnie.

Selon Rothschild (2008), la relation au thérapeute peut être une ressource, car le patient peut grâce à celle-ci faire l'expérience d'une relation sécurisante, respectueuse, soutnante, compréhensive, etc. Cette relation peut ainsi "*...aider à transformer les souvenirs implicites négatifs liés au relationnel en créant un nouvel encodage d'une expérience d'attachement positive.*" (2008, p.90). Ceci est d'autant plus important pour les situations de traumatismes complexes.

Les valeurs et croyances

Selon Monestès et Villatte (2011), les valeurs représentent ce qui donne du sens à l'existence et l'organise. Elles amènent "*... à des actions plaisantes par le simple fait qu'elles permettent de se sentir en accord avec soi-même, avec ce qu'on croit juste de faire ...*" (2011, p.55). Les valeurs peuvent concerner différents domaines de la vie du patient : relations familiales, amicales, amoureuses et professionnelles, parentalité, profession, citoyenneté, spiritualité, santé, etc. Des exemples de valeurs sont : l'harmonie, la bienveillance, l'altruisme, le respect, la justice, une vie saine.

Ils expliquent que les valeurs "*... ne doivent pas être confondues avec des buts à atteindre. On n'atteint jamais une valeur. Il s'agit là de leur caractéristique première et de leur principal intérêt ... représenter une source de satisfaction inépuisable et dont on ne se lasse jamais, qui n'arrive jamais à satiété.*" (2011, p.56).

Certaines croyances existentielles, spirituelles et religieuses du patient peuvent le soutenir

et sont dès lors également des ressources (Rothschild, 2008).

Ainsi, les valeurs et les croyances sont des ressources dans le sens où elles peuvent amener le patient à adopter des attentes positives pour le futur et engager ses actions dans une direction qui a du sens pour lui.

Les souvenirs somatiques

Brassine (2014a) et Rothschild (2008) considèrent que les sensations agréables que le patient a ressenties à un moment donné sont des ressources. Comme l'explique Rothschild, le corps a la capacité de se souvenir des sensations ressenties. Il est alors possible de ressentir à nouveau dans le présent ces sensations en se centrant sur le souvenir explicite qui leur est lié.

Ces souvenirs de sensations agréables peuvent toucher les cinq sens et le sens kinesthésique (Brassine, 2014a). Il pourra par exemple s'agir de souvenirs liés à la beauté d'un paysage, à un environnement sonore agréable, au contact physique avec un être aimé, à une odeur agréable, au goût plaisant d'un aliment, au ressenti de calme intérieur émanant d'une activité particulière, etc.

Les ressources imaginées

Selon Josse, il est utile d'aider le patient à "... *identifier les ressources qui lui ont fait défaut au moment critique.*" (2016, p.166), faisant référence à l'événement traumatique. Il est alors utile, selon elle, d'introjecter ces ressources par le pouvoir de l'imagination afin de disposer de "... *capacités de réaction ... [et permettre] ... la réduction de la charge traumatogène.*" (2016, p.167). Elle explique que toute ressource utile peut être introjectée en imagination. Il peut par exemple s'agir de ressources physiques, telle la force, ou relationnelles, tels "... *un proche, un parent, un ami, ... des défunts ... personnalités illustres ... héros mythologiques ...*" (2016, p.169).

Brassine (2014a) propose de laisser libre cours à son imagination afin d'inventer autant de ressources que nécessaire. En imagination, il est possible de devenir un géant, voler, être invisible, etc.

Ces ressources imaginées sont principalement utilisées dans la phase de reconsolidation mnésique (Brassine, 2014a; Josse, 2016). Celle-ci est abordée à la section suivante.

3.3 La reconsolidation des mnésies traumatiques

Comme il a déjà été expliqué, l'événement traumatique en soi ne peut être changé, car celui-ci appartient au passé. Ce dont souffre le patient, ce n'est pas de l'événement traumatisant du passé, mais bien des séquelles mnésiques de celui-ci qui s'expriment dans le présent au travers de divers symptômes dissociatifs, ainsi que des séquelles du dérèglement à long terme du système nerveux autonome.

Des techniques qui permettent de rééquilibrer le système nerveux autonome ont été abordées à la section 3.1.3. Nous allons dès lors nous intéresser à ce qui peut être effectué en lien avec les mnésies traumatiques.

La mémoire est composée d'informations enregistrées et qui sont par la suite récupérées. Le Doze explique que *"les avancées de la recherche en neurosciences de ces quinze dernières années ont permis de montrer que, contrairement à ce que l'on croyait, la mémoire traumatique peut être effacée du cerveau - à la double condition que celle-ci soit ravivée et que, dans le même temps, une information de remplacement soit disponible. Ce processus est appelé reconsolidation mnésique."* (2016, p.147).

Une information n'est donc pas condamnée à être stockée ad infinitum. Comme le dit Levine, *"Il nous faut vivre dans l'acceptation inconfortable du fait que la mémoire n'est pas quelque chose de concret, de définitif et de reproductible comme un enregistrement vidéo peut être visionné à volonté ... le mémoire est une reconstruction continue ..."*. (2016, p.6).

Ceci est d'un grand intérêt pour la psychothérapie du traumatisme. Cela veut dire qu'il est possible de transformer les mnésies traumatiques en remplaçant certaines informations par d'autres. Nous avons vu qu'un événement était stocké avec tout son contexte psychophysiologique du moment : informations issues des cinq sens, du sens somesthésique (rythmes cardiaque et respiratoire, sensations de plaisir/douleur, température interne, sensations viscérales, tension musculaire. etc.), teneur affective et pensées. Dès lors, transformer un souvenir traumatique consiste à accéder à ce souvenir et changer une ou plusieurs de ses composantes psychophysiologiques.

C'est ce qu'explique Levine ci-après, par rapport à des changements de composantes affectives et somesthésiques d'un souvenir : *"Nos états d'esprit [affectivité] et nos sensations [somesthésie] du moment jouent un rôle clé dans la façon dont nous nous souvenons d'un événement particulier. Ils structurent la relation de type évolutif que nous entretenons avec ces "souvenirs" ainsi que la façon dont nous les gérons et les reconstruisons."*

(2016, p.8).

Ainsi, lorsqu'un souvenir est reconsolidé et perd sa teneur traumatique, les symptômes dissociatifs associés, qui sont des mécanismes de défense, peuvent disparaître. La reconsolidation mnésique est également appelée *réassociation* (Brassine, 2014a), ou *renégociation* (Levine, 2016).

Il existe deux techniques principales qui permettent d'effectuer de tels changements de mnésies traumatiques :

- Les allers-retours entre le souvenir traumatique et un état de ressource ;
- le changement du scénario traumatique.

3.3.1 Les allers-retours entre le souvenir traumatique et un état de ressource

Cette technique s'apparente à la désensibilisation systématique de Wolpe, qui consiste à affaiblir progressivement une réponse anxieuse grâce à une autre réponse antagoniste. C'est une technique dite *in vitro*, dans le sens où le travail se fait en imagination.

Melchior décrit cette technique de la manière suivante : "... on apprendra au patient à se relaxer ... Une fois qu'il est à même de pouvoir installer de la détente, de la sécurité, du confort, on lui proposera de visualiser des situations dans lesquelles il est en présence [des stimuli anxigènes] ... en commençant par les plus faciles. Si à un moment quelconque l'angoisse survient, il pourra interrompre sa visualisation et retrouver le confort, avant de la reprendre et de la mener plus loin." (1998a, p.438).

Cette technique d'allers-retours entre le souvenir traumatique et un état psychophysiologique de bien-être, qu'on appelle *état de ressource*, est plus générale que la désensibilisation systématique de Wolpe, car elle ne concerne pas seulement l'atténuation d'une réponse anxieuse. Il s'agit de reconsolidation mnésique qui s'effectue en passant d'un état psychophysiologique associé au souvenir traumatique à un état psychophysiologique de bien-être associé à une ressource. Ainsi, progressivement, le souvenir traumatique peut s'associer à des états psychophysiologiques de bien-être et perdre son aspect traumatique.

3.3.2 Le changement du scénario traumatique

Le technique du scénario réparateur consiste à "... revenir sur les événements traumatiques, à les questionner et à y associer d'autres émotions, d'autres idées et d'autres

sensations. Cette reconstruction subjective s'élabore en introjectant des ressources sous forme de personnes-soutien et/ou de capacités ou des possibilités d'action et de réaction dont le patient a été privé au moment du trauma ... Grâce à ce procédé de reconstruction cognitive, les situations délétères sont réinterprétées et narrativisées. Elles s'intègrent dans la conscience ..." (Josse, 2016, pp.162-163).

Il s'agit donc d'imaginer que le scénario vécu se déroule plus positivement, grâce à l'utilisation de ressources imaginées.

Van der Kolk explique qu'il s'agit de revivre *"mentalement et de façon sécurisante les événements passés, puis ... [élaborer] une conclusion satisfaisante imaginaire - ce dont elles [les personnes traumatisées] avaient été incapables lors de l'événement originel car trop submergées par l'impuissance et l'horreur ..."* (cité dans Levine, 2016, p.XI).

Il semble dès lors qu'une part importante de la transformation du souvenir consiste en la réécriture d'un scénario où le patient, en lieu et place d'un vécu d'impuissance et de figement, reprend le contrôle et agit de manière favorable sur les événements. Il s'agit de *"...créer des expériences nouvelles qui vont à l'encontre des sentiments d'impuissance en les remplaçant par un sentiment d'appropriation des réactions et des sensations physiques"*. (van der Kolk, cité dans Levine, 2016, p.XVII).

Ce travail d'imagination active mobilise les processus attentionnels et, comme l'explique Barois, *"... les thérapies visant à renforcer l'attention [attention soutenue]... ont un intérêt majeur dans le PTSD, puisque celles-ci diminuent la distraction de l'esprit vers les souvenirs traumatiques [attention sélective] et favorisent le désengagement cognitif."* (2016, p.185).

3.3.3 Le travail lorsque l'événement traumatique est annéié

Il a été vu dans le chapitre 2 que le psychisme de l'individu peut se dissocier de l'événement traumatique, afin de s'en protéger. C'est un mécanisme de défense, de survie. Cela empêche les stimulations émotionnelles, l'anxiété et l'hyperactivation physique d'atteindre des niveaux intolérables, voire dangereux pour l'organisme. La partie dissociée liée à l'événement traumatique continue d'agir en arrière-plan de manière autonome, hors conscience. Dans la plupart des cas, l'individu se dissocie d'une partie seulement des aspects de l'événement traumatique. Cette dissociation n'est pas parfaite, dans le sens où des éléments dissociés refont irruption dans la conscience de l'individu. Lorsqu'un aspect du trauma est correctement dissocié, il provoque des symptômes dissociatifs étanches; lorsqu'un aspect du trauma refait irruption dans la conscience de l'individu, il s'agit d'un

symptôme poreux.

Ainsi, l'amnésie consiste en un symptôme étanche du registre cognitif du traumatisme. La mémoire explicite de l'événement est dissociée, de sorte que l'individu ne se rappelle plus de l'événement traumatique ou d'une partie de celui-ci. Il ne peut donc pas en parler ou réfléchir sur celui-ci. Mais ce même individu pourra en même temps présenter des symptômes dissociatifs poreux dans d'autres registres (affectif, somatique, comportemental). Par exemple, il peut présenter un symptôme de reviviscence émotionnelle (mémoire implicite émotionnelle) ou de motricité involontaire (mémoire implicite procédurale). Dans de tels cas, l'individu n'est pas capable de lier ses symptômes poreux à un événement qu'il peut raconter.

Comme les symptômes poreux du traumatisme sont ceux qui sont visibles, c'est sur ceux-ci qu'il est possible d'effectuer un travail. Nous avons par ailleurs vu que l'événement traumatique est mémorisé dans son ensemble avec tout le contexte psychophysiologique du moment. Dès lors, il est possible d'effectuer un travail de reconsolidation mnésique sur les souvenirs implicites du trauma. Ceci effectué, la perception de la menace traumatique peut diminuer, car certains aspects du souvenir traumatique ont été modifiés. Dès lors que la menace diminue, il est possible que des levées d'amnésie se produisent, le patient se sentant plus en sécurité. Le mécanisme de défense dissociatif que constitue l'amnésie n'a plus lieu d'être. Cet aspect du souvenir traumatique peut ainsi être réintégré dans la conscience de l'individu, être reconsolidé à son tour si nécessaire et prendre sa juste place comme souvenir autobiographique appartenant au passé.

D'autres moyens permettent également de favoriser des levées d'amnésie.

L'approche de travail qui vise à éviter les reviviscences traumatiques et possibles re-traumatisations qui en découlent en est une. Cette approche sécurisante et respectueuse du patient est développée dans la première phase de stabilisation, décrite à la section 3.1, mais continue également d'être appliquée pendant la phase de reconsolidation mnésique des traumas. Brassine (2014a) propose également, lorsque c'est possible, de travailler sur les traumas en abordant d'abord les moins douloureux. Tout ceci permet au patient de se sentir en sécurité et en confiance par rapport au thérapeute et au travail mené, de rééquilibrer son système nerveux autonome, et cela peut déjà faire en sorte que la perception de la menace s'atténue, de sorte que certains mécanismes de défense, telle l'amnésie, puissent en partie lâcher.

Des hypothèses sur ce qui a pu faire traumatisme pour le patient peuvent également être émises du fait d'une anamnèse détaillée. Ainsi, il est possible d'interroger le patient sur la chronologie des événements. Par exemple, il peut être demandé au patient ce qu'il était

en train de vivre dans la période entourant l'apparition d'un symptôme. Des liens qui n'avaient jusqu'alors pas été établis consciemment peuvent ainsi parfois se faire.

L'utilisation d'un état de conscience modifié, par exemple grâce à des techniques d'hypnose thérapeutique, permet aussi parfois de favoriser des levées d'amnésie. Ceci sera développé dans le chapitre suivant.

Ci-après, nous détaillons des exemples de travail sur des aspects implicites du trauma.

Le travail sur la mémoire implicite procédurale de Levine

Nous avons vu que la motricité involontaire peut constituer un symptôme dissociatif poeureux en lien avec la mémoire implicite procédurale du trauma.

Levine (2016) va plus loin et considère que cette motricité involontaire constitue une *réponse d'urgence programmée ou d'orientation* inachevée, qui n'a pas abouti à l'effet escompté. Ce sont des actions motrices instinctives, appartenant à la mémoire procédurale, qui agissent sans contrôle volontaire dans le but de protéger l'individu en danger par la lutte, la fuite, l'évitement, la répulsion, etc. Ainsi, il considère que ce symptôme est une reviviscence motrice remettant en scène l'impuissance ressentie lors de l'événement traumatique. Le travail de reconsolidation va consister dans ce cas à permettre à l'individu de sortir du vécu d'impuissance en développant ces réponses motrices, dans le but de les faire parvenir à un achèvement où l'issue est positive.

Prenons l'exemple d'un soldat sur le front qui tente de se protéger d'une explosion en détournant son visage et en fermant ses yeux. Imaginons que l'issue n'est pas favorable, dans le sens où il est grièvement blessé. Il est alors possible que s'il présente un traumatisme, le symptôme s'exprime sous cette forme de réponse d'orientation inachevée que constitue cette action motrice de détourner le visage et de fermer les yeux. Levine va alors proposer un travail de prise de conscience par l'individu de cette motricité involontaire, et proposer au patient de se centrer sur ce symptôme et de l'accentuer. Selon son expérience, en accentuant un symptôme, cela stimule ce que nous avons appelé le contexte psychophysiologique lié au souvenir traumatique, et dès lors, des émotions ou levées d'amnésie peuvent apparaître. Une reconsolidation mnésique peut donc se faire par changement de scénario, en développant cette réponse motrice dans la réalité alors qu'en même temps cela est lié à la visualisation en imagination d'une issue positive. Dans l'exemple développé, le patient peut parvenir à détourner encore plus son visage et s'imaginer arriver à s'éloigner à temps, sans que l'explosion ne le touche. L'impuissance est ainsi transformée en une reprise de contrôle et en succès.

Selon Levine, il est possible que des amnésies existantes ne se lèvent pas, sans pour autant que le travail de reconsolidation soit compromis. Il serait ainsi tout à fait possible de mener à terme des réponses d'urgence programmée ou d'orientation inachevées en les laissant librement se développer dans un cadre sécurisant, ceci pouvant faire disparaître le symptôme dissociatif.

Le pont d'affect et de sensation de Watkins

Lorsqu'un événement est amnésié, se centrer sur les symptômes affectifs ou somatiques en essayant de les amplifier permet parfois une levée de cette amnésie. Ceci peut être expliqué par le fait que l'attention focalisée sur le symptôme met l'individu dans un état psychophysiologique similaire à celui qui a été vécu lors du trauma et, comme il a déjà été expliqué avec le concept de *mémoire liée à l'état*, ceci peut faire revenir le souvenir associé à cet état psychophysiologique.

Melchior (1998a) explique que cette technique, développée par les psychanalystes John et Helen Watkins, s'appelle le *pont d'affect* (ou *Affect bridge* en anglais) lorsque la focalisation se fait sur une émotion ressentie (ou sur l'anesthésie émotionnelle), et le *pont de sensation* (ou *Sensation bridge* en anglais) lorsqu'elle se fait sur une sensation physique (hallucination tactile positive ou négative, sensation ou absence de sensation interne issue du système somesthésique).

Dans cette technique, alors que le patient se focalise sur l'émotion ou la sensation et tente de l'intensifier, il lui est demandé de la prendre "... *comme point de départ pour une exploration dans le temps, comme si elle était un pont à travers les années, les circonstances de la vie, jusqu'à la toute première occurrence de cette émotion [ou sensation] particulière.*" (Melchior, 1998a, p. 466).

Melchior (1998a) explique qu'il s'agit en quelque sorte d'une technique d'association libre émotionnelle/sensorielle, en comparaison avec l'association libre cognitive utilisée en psychanalyse.

Il nous semble dès lors que la technique de Levine décrite précédemment et qui propose de se centrer sur un symptôme de motricité involontaire et de l'accentuer pourrait également être considérée comme un pont moteur.

Chapitre 4

L'hypnose

Ce chapitre s'intéresse à l'hypnose et, plus particulièrement, aux caractéristiques de la transe hypnotique, à la relation hypnotique, ainsi qu'aux manières d'induire un état de transe.

Il s'agit d'un chapitre qui fait un pas de côté par rapport aux chapitres précédents, n'étant pas en lien avec la thématique du traumatisme. Ce détour est cependant nécessaire, car il pose les bases nécessaires à la compréhension du chapitre suivant qui s'intéresse à la Psychothérapie du Trauma Réassociative, une approche de la thérapie du traumatisme utilisant l'hypnose.

4.1 Un bref historique de l'hypnose

Les deux paragraphes suivants constituent une synthèse personnelle de l'histoire de l'hypnose telle que présentée dans l'ouvrage de Stengers (2002).

À la fin du 18^{ème} siècle, Mesmer dit avoir découvert le magnétisme animal. Celui-ci consisterait en un fluide magnétique que le magnétiseur peut transférer au patient. Ce fluide aurait des propriétés thérapeutiques. Mesmer constate que ses patients manifestent alors régulièrement des crises magnétiques (perte de contrôle, rire hystérique, convulsions ...). Par l'étude des propriétés de ce fluide naturel, il tente de donner des explications rationnelles à certains comportements de transe observés de par le passé et qui étaient alors considérés comme irrationnels ou relevant de la magie, de la sorcellerie et de possessions diaboliques.

Puységur, élève de Mesmer, fera l'hypothèse que le magnétiseur n'est pas la source de

l'action physiologique, mais seulement un vecteur de l'autoguérison du malade, celui-ci guérissant par sa propre volonté. Il pensait tout de même qu'un fluide existe, compris comme vecteur de la volonté. Il constate par ailleurs que ses malades ne développent pas de crises magnétiques et conclut que ces crises sont des éléments parasites. Ses patients à lui ont plutôt tendance à se mettre dans un état proche du sommeil et peuvent dans cet état développer des capacités de clairvoyance.

Autant Mesmer que Puységur sont par la suite discrédités par le monde scientifique, les preuves de l'existence d'un fluide invisible et de capacités de clairvoyance n'étant pas suffisantes.

Au 19^{ème} siècle, on voit réapparaître le sujet avec l'hypnotisme. Il y a une tentative d'expliquer scientifiquement et de manière unifiée les prétendus flux magnétiques, les expériences mystiques de certains croyants, ainsi que l'ensemble des pratiques et rituels « magiques » ou traduisant la présence d'êtres invisibles que l'on retrouve dans des cultures différentes (par exemple, dans les pratiques chamaniques) et qui a pu être observé grâce au développement de l'ethnologie. L'idée est alors de pouvoir reproduire de manière artificielle ces états de manière expérimentale, sans avoir recours à de quelconques croyances, ces dernières étant vues comme des parasites non nécessaires.

C'est James Braid qui introduit le terme *hypnose*, « hypnos » signifiant sommeil en grec, se référant ainsi aux états proches du sommeil observés chez les patients de Puységur.

Plus tard, fin du 19^{ème} siècle, Charcot réhabilite l'hypnose. Il considère qu'elle est propre aux hystériques et va considérer que les hystériques ne simulent pas leurs symptômes, car il est capable de les reproduire chez ses patients grâce à l'hypnose. Janet, collaborateur de Charcot, découvre que les symptômes hystériques (hypnotiques) sont dus à une dissociation partielle de la conscience du patient, provoquée par un traumatisme psychique et dans le but d'oublier celui-ci. Selon Charcot, l'hypnose n'est qu'un trait pathologique et n'a pas d'intérêt thérapeutique en soi, considérant que le cerveau des patients est endommagé. Pour Janet, au contraire, l'hystérie n'a pas de substrat neurologique et l'hypnose peut aider à guérir du traumatisme psychique, faisant ainsi disparaître les symptômes hystériques.

Bernheim va considérer que l'état hypnotique ni spécifique aux hystériques, ni un trait pathologique. Il évoque plutôt l'idée d'une propriété normale du cerveau, activée par la suggestibilité. L'hypnose ne serait que le fruit de la suggestion, ce qui contraste avec le point de vue de Janet qui considère qu'il peut exister hypnose sans suggestion, mais également suggestion sans hypnose. Selon Bernheim, ce qui est observé sous hypnose est dû à une action du psychologique sur le physique. L'hypnose selon lui a donc un grand

intérêt thérapeutique et peut être utilisée avec des sujets "normaux" en demande d'aide. Il nomme *psychothérapie* la relation d'aide basée sur la suggestion sans hypnose formelle.

Au 20^{ème} siècle, Hull propose un protocole expérimental permettant de quantifier le degré d'hypnotisabilité d'une personne, mais ceci ne corrobore pas avec les thèses de Delbœuf qui, fin du 19^{ème} siècle, évoquait déjà que bien qu'il existe divers degrés de suggestibilité, il existe également divers modes de suggestibilité. Ainsi, les protocoles d'hypnotisabilité de Hull n'auraient qu'un intérêt restreint, ceux-ci correspondant au mode de suggestibilité d'un sujet dans un cadre précis de contexte expérimental.

On peut donc constater que l'histoire de l'hypnose n'est pas linéaire. Certains l'utilisent dans un but thérapeutique tandis que d'autres tentent de comprendre le phénomène. Progressivement, avec l'avènement de la pensée scientifique, des théories explicatives de l'hypnose font leur apparition.

Les sections suivantes décrivent ce qu'il en est aujourd'hui. L'hypnose désignant à la fois un état modifié de conscience et un mode relationnel, la présentation abordera dans un premier temps la transe, en tant qu'état modifié de conscience, pour ensuite se centrer sur la relation entre l'hypnotiste et le sujet qui fait l'expérience de la transe.

4.2 Les types de transes

La littérature (Bioy, 2013; Brassine, 2014a; Halfon, 2015; Havens, 2015; Melchior, 1998a; Rossi, 2002) décrit divers types de transes.

Il existe des transes naturelles du quotidien. Ainsi, l'absorption dans l'imaginaire est un phénomène naturel qui est expérimenté par tout un chacun quotidiennement. Des exemples sont les moments de rêverie (par exemple, lors d'une discussion inintéressante, une partie de la conscience du sujet peut se couper de l'expérience et s'évader dans ses pensées), des états de grande concentration, l'absorption dans un film ou un livre.

Un autre type est la transe anxiogène ou traumatique. Ainsi, les symptômes traumatiques dissociatifs peuvent être considérés comme étant des états modifiés de conscience pathologiques (voir sections 2.3 et 5.1.1).

Enfin, il existe les transes induites de manière intentionnelle, comme le sont par exemple les transes chamaniques, méditatives, hypnotiques et induites par des psychotropes.

4.3 La transe hypnotique

La transe hypnotique est celle qui est obtenue par ce qu'on appelle des *inductions hypnotiques*. Il existe la transe hypnotique obtenue par auto-hypnose, c'est-à-dire par le sujet lui-même, ainsi que celle facilitée par un hypnotiste.

4.3.1 La réalité de la transe hypnotique

Diverses études, et notamment celle de Degueldre et al. (cité dans Bioy, 2013), ainsi que celle de Buschnell, Duncan, Hofbauer, Price & Rainville (cité dans Bioy, 2013) ont montré, par des techniques d'imagerie cérébrale, que l'état modifié de conscience obtenu par l'hypnose (autrement appelé transe hypnotique ou état hypnotique) est une réalité, dans le sens où cela correspond à un état d'activation neuronale particulier, différent des états de veille, somnolence, sommeil et rêve.

Rainville explique que *"le sentiment d'absorption mentale pendant l'hypnose est apparu lié avec une augmentation de l'activité dans le cortex cingulaire antérieur [du système limbique], dans le thalamus et dans certaines régions du tronc cérébral, de même qu'avec une diminution de l'activité dans les lobes pariétaux. Une corrélation a également été observée entre le degré de relaxation et une hausse d'activité dans le cortex visuel et une diminution dans d'autres régions pariétales et du tronc cérébral."* (cité dans Baril, 2003).

Ceci peut expliquer les changements qui interviennent dans les mécanismes qui régulent : la conscience et l'attention ; le contrôle du mouvement au cours de tâches cognitives ; la facilitation de production d'images mentales ; l'augmentation de l'activité neuronale en lien avec les fonctions exécutives.

4.3.2 Caractéristiques de la transe hypnotique

Dissociation psychique et phénomènes idéodynamiques

Comme l'explique Bioy (2013), la dissociation psychique en hypnose consiste à être à la fois acteur de l'expérience de transe et observateur de celle-ci. Celle-ci *"... semble être l'une des dimensions les plus prégnantes du phénomène hypnotique."* (Bioy, 2013, p.35).

Ainsi, la personne en transe hypnotique peut observer certains phénomènes *comme si* ils se produisaient d'eux-mêmes, de manière automatique, sans y engager sa volonté

consciente.

Melchior (1998a) décrit qu'il en va ainsi de ce que l'on appelle les *phénomènes hypnotiques* et, plus particulièrement, les *phénomènes idéodynamiques*. Il explique qu'un phénomène idéodynamique est la traduction automatique, sans participation de la volonté de l'individu qui l'expérimente, d'une idée (ou représentation mentale) en mouvements, sensations, affects ou processus corporels.

En fonction du registre affecté par la représentation mentale, il s'agira de phénomène :

- Idéo-moteur : motricité ou inhibition (catalepsie) de celle-ci ;
- idéo-sensoriel : hallucination positive ou négative d'un des cinq sens ;
- idéo-affectif : ressenti émotionnel ou anesthésie émotionnelle ;
- idéo-somatique (psychosomatique) : douleur, analgésie ou activation/inhibition de processus corporels divers.

Comme l'explique Melchior (1998a), il est difficile de savoir si ces processus se produisent réellement automatiquement ou si une certaine volonté du sujet y intervient. Il dira ainsi que les "*... manifestations ... des représentations mentales* sont réputées *se développer d'elles-mêmes ... au moins pour le sujet qui les éprouve.*" (p.209). Il émet l'hypothèse que la perception par le sujet du développement automatique, non volontaire, des phénomènes idéodynamiques est le résultat de suggestions émises par l'hypnotiste sur un mode de communication particulier, ainsi que de la réponse du sujet aux attentes de celui-ci. Ceci est expliqué de manière plus détaillée à la section 4.4.2.

Rossi (2002), quant à lui, considère que la dissociation psychique, les symptômes dissociatifs traumatiques (cf. la section 2.5), les phénomènes hypnotiques (notamment l'idéodynamisme, l'amnésie/hypermnésie) relèvent tous du même mécanisme psychophysiologique expliqué par le concept de *mémoire liée à l'état*, présenté à la section 2.4.1.

Absorption et attention focalisée sur la réalité intérieure

La transe hypnotique est, selon Melchior (1998a), caractérisée par une absorption du sujet dans sa réalité intérieure, composée de pensées, souvenirs, émotions, sensations corporelles, etc. Au fur et à mesure que l'absorption s'intensifie, la réalité extérieure perd de l'importance, au point où le sujet ne réagit plus aux stimuli extérieurs non pertinents. Ainsi, "*... la réalité intérieure du sujet prend une [telle] densité ... jusqu'à être éprouvée subjectivement comme « la » réalité, à la manière de ce qui se passe dans le rêve.*" (p.53).

Autrement formulé, Halfon (2015) explique qu'une caractéristique de l'état hypnotique

est "un passage d'une perception externe et d'une participation à la réalité extérieure à une perception interne et à une activité imaginaire et subjective ... [Dans cet état] nos perceptions intérieures, imaginaires sont données comme plus significantes que généralement elles le sont dans la réalité." (p.20).

Ainsi, le sujet en transe hypnotique est en quelque sorte dissocié de la réalité extérieure.

Attention et réactivité aux suggestions

Selon Erickson, "la transe hypnotique peut être définie ... comme un état d'attention et de réactivité accrues aux idées." (Erickson, cité dans Havens, 2015, p.222). Dans le même sens, Halfon explique que "cet état [la transe hypnotique] est caractérisé par un degré d'augmentation de la réceptivité et de la sensibilité." (2015, p.20).

Ces attention et réactivité accrues du sujet aux suggestions de l'hypnotiste tendent à se développer automatiquement, selon Havens (2015), au fur et à mesure que le sentiment de confiance en l'hypnotiste se développe.

Selon Melchior (1998a), cette réactivité aux suggestions de l'hypnotiste émane du fait que pour le sujet en transe hypnotique, les "... mots prononcés [par l'hypnotiste] ... n'ont pas un statut clairement défini de stimuli extérieurs." (p.54). Il explique que le sujet en transe hypnotique est absorbé par sa réalité intérieure (composée d'images, sensations, idées, souvenirs et émotions) et se coupe ainsi des stimuli extérieurs, à l'exception de la voix de l'hypnotiste. Ainsi, cette voix serait en partie confondue avec un stimulus intérieur, émanant du sujet lui-même, celui-ci étant alors plus disposé à y répondre. Des informations complémentaires sur cette conception se trouvent dans la section 4.4.2.

Melchior (1998a) insiste cependant sur le fait que ce qui augmente, c'est la *capacité* du sujet à mener à bien des suggestions, et non pas l'augmentation de l'obéissance du sujet aux desideratas de l'hypnotiste. Comme il l'écrit, "un facteur essentiel est que ces suggestions soient acceptées par le sujet, et que sa motivation à les accomplir soit suffisante." (p.68). Havens (2015), dans le même sens, explique que la suggestion présentée doit être "... sensée et utile pour chaque personne, en fonction de sa personnalité unique, de ses expériences passées et de ses besoins ; sinon, les sujets vont être incapables de les suivre ou réticents à le faire." (p.231).

4.4 L'(hétéro-)hypnose

Godin définit l'hypnose comme étant *"un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur."* (cité dans Bioy, 2013, p.21).

On peut également se référer à la définition de Bioy : *"L'hypnose consiste en un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie."* (2013, p.23).

Halfon explique quant à lui que *"l'hypnose est un phénomène naturel, amplifié par la relation avec le thérapeute."* (2015, p.19).

Ainsi, ce qu'on nomme en général hypnose, c'est l'hétéro-hypnose, c'est-à-dire celle qui inclut un sujet qui fait l'expérience d'une transe hypnotique, et un hypnotiste qui accompagne le sujet dans cette expérience.

4.4.1 Diverses pratiques

L'hypnose s'utilise dans divers contextes. Ainsi, on peut différencier l'hypnose de divertissement (comme l'hypnose de spectacle ou de rue) de celle qui sert à aider un individu.

Dans le cas d'une relation d'aide, l'hypnotiste est appelé un hypnopraticien. Plus spécifiquement, il s'agira d'hypnose médicale lorsque, dans un milieu de soins, il est fait usage de l'hypnose pour obtenir des effets relaxants (hypno-relaxation), analgésiques (hypno-analgésie) ou anesthésiants (hypno-sédation), permettant ainsi de faciliter les soins, d'augmenter le confort du patient, de diminuer ou remplacer l'utilisation de médicaments (anesthésiants, anxiolytiques, etc.).

L'utilisation de l'hypnose dans un contexte de relation d'aide psychologique est appelée *hypnothérapie*, et l'hypnopraticien, *hypnothérapeute*.

4.4.2 La relation hypnotique

La nature de la relation qui se développe entre l'hypnotiste et le sujet qui fait l'expérience de la transe hypnotique est particulière. Cette section aborde cet aspect.

Formes d'expressions de la transe - Influences des représentations et attentes

Les traits de la transe sont fort divers. Ainsi, on retrouve des trances où le sujet : semble dormir et est plutôt mutique ou, au contraire, est très actif et dans l'échange verbal ; développe plutôt des sensations corporelles particulières tandis que pour d'autres il développe plutôt l'imagerie mentale ; amnésie par la suite ce qu'il a vécu et d'autres où il s'en souvient ; dit se rappeler en hypnose de vies antérieures, etc.

Selon Bioy, ceci s'explique car "*... les personnes réagissent à l'hypnose ... en partie ... [en] fonction de la façon dont elles pensent qu'elles doivent réagir ...*" (2013, p.18) et ceci serait fonction de leur culture et de l'idée qu'elles se font de l'hypnose. Ceci va dans le sens de Melchior (1998a, 1998b) et Stengers (2002) qui considèrent que l'hypnose peut être comprise comme un jeu de rôles. Ainsi, la personne hypnotisée aurait tendance à montrer un comportement de transe qui se conforme à celui dont l'hypnotiste et la culture attendent d'elle. Il en irait ainsi de ce que l'on appelle l'effet Rosenthal. Ceci expliquerait selon Melchior le fait que les théories de chaque courant psychothérapeutique se voient confirmées par leurs praticiens. Ceux-ci influenceraient eux-mêmes involontairement le comportement attendu de leurs patients, ces derniers consentant à l'adopter. Stengers considère qu'il est possible que le fait de faire *faire comme si* on allait mieux permette de vraiment aller mieux, le malade qui jouait le rôle de malade profitant de l'occasion que lui offre son thérapeute pour changer de rôle.

Intralocution, suggestions et comportement involontaire

Melchior (1995 ; 1996 ; 1998b) propose une approche communicationnelle de l'hypnose. Selon lui, le terme hypnose ne veut rien dire et ne doit rien signifier de particulier. Il doit au contraire être un signifiant vide. Cela permet de recadrer un très grand nombre de comportements du patient comme étant des signes de transe hypnotique, lui démontrant qu'il est dans cet état particulier, son comportement étant devenu *autre* et involontaire. Dans la même lignée, Roustang (2008) définit l'hypnose comme étant changement, sans définir de quel type de changement il est question.

Afin de permettre ce comportement *autre* et involontaire, Melchior évoque un procédé qu'il nomme : l'*intralocution*. Celle-ci consiste en ce que l'hypnotiste parle à la place du sujet, en énonçant dans un premier temps des choses vécues comme évidentes par ce dernier. Par la suite, petit à petit, il va introduire des suggestions, qui vont alors être accomplies par le sujet et être vécues comme s'il en était à l'origine, et ce, de manière involontaire. Ceci aurait pour effet de dissocier le sujet, lui permettant d'agir et de se vivre

autrement qu'habituellement. Il peut être utile, selon Melchior, de recadrer ce comportement involontaire comme émanant de l'inconscient du sujet, même si l'on ne sait pas si l'inconscient existe ou non en réalité. Ainsi, cet inconscient peut être présenté comme doté de plein de ressources, libre, etc., ce qui peut amener le patient à explorer de nouvelles manières de penser, d'agir, de se ressentir, etc.

Guider le patient à réaliser son auto-hypnose

Brassine (2010) adopte un autre point de vue et considère qu'il n'est question ni de jeu de rôles, ni d'adoption de comportements involontaires de la part du sujet qui se conformerait aux suggestions de l'hypnotiste. Selon lui, le patient développe sa propre hypnose par l'utilisation de son imaginaire, facilitée par les propositions de l'hypnotiste.

Ceci va dans le sens d'Erickson qui explique que "*... l'hypnotiste joue avant tout le rôle d'instrument, qui guide ou oriente simplement les processus qui se développent chez le sujet.*" (cité dans Havens, 2015, p.259) et que "*... la transe hypnotique n'appartient qu'au sujet lui-même — l'opérateur [l'hypnotiste] ne peut rien faire de plus que d'apprendre à offrir des stimuli et des suggestions qui suscitent des réactions fondées sur les expériences que l'individu a vécues dans son passé.*" (cité dans Havens, 2015, p.260).

4.4.3 Les inductions hypnotiques

Les inductions hypnotiques sont les procédés qui vont aider le sujet à entrer en transe.

Diriger l'attention vers l'intérieur

Comme il a été décrit, la transe est notamment caractérisée par une absorption et une attention focalisée sur la réalité intérieure. Les inductions hypnotiques auront donc pour objectif de favoriser cela (Halfon, 2015; Havens, 2015; Melchior, 1998a). Comme le dit Erickson, "*... le développement d'un état de transe est un phénomène intrapsychique, en rapport avec des processus internes, et le rôle de l'hypnotiste n'est que de créer des circonstances favorables.*" (cité dans Havens, 2015, p.258).

Dès lors, Havens explique que "*l'hypnotiste doit ... se préoccuper d'aider le sujet à se concentrer sur un événement intérieur quelconque, que ce soit un [sic] sensation physique, un souvenir, une émotion, une pensée ou une image intérieure.*" (2015, p.288). Il

relate la croyance d'Erickson, à savoir qu'une induction est plus efficace lorsqu'elle propose au sujet de se centrer sur un stimulus interne que sur un stimulus externe.

Par exemple, la technique de relaxation musculaire progressive permet de se centrer sur le ressenti corporel.

Un autre exemple est la technique de rappel d'un bon souvenir, où il est demandé au sujet de se centrer sur les composantes sensorielles (visuel, auditif, tactile, olfactif, gustatif) d'un souvenir agréable et sur les émotions et sensations physiques que ce rappel procure. Comme l'explique Erickson, *"le processus consiste pour l'essentiel à donner vie à des souvenirs ... avec tant de réalisme qu'ils sont ressentis d'une manière subjective comme des événements extérieurs plutôt que comme des processus internes, et qu'ils se trouvent alors investis d'une valeur de réalité."* (cité dans Havens, 2015, pp.224-225).

L'absorption peut également se développer en faisant s'estomper les stimuli extérieurs (Havens, 2015 ; Melchior, 1998a). Par exemple, la technique qui consiste à demander au sujet de fixer un point de son choix (Melchior, 1998a) agit par déprivation sensorielle : le stimulus visuel monotone est progressivement négligé par l'organisme, celui-ci se mettant à la recherche de stimuli nouveaux, changeants. L'organisme se mettrait alors à produire des stimuli intérieurs, comme de l'imagerie mentale.

Une multitude de techniques existent et cette section n'en a que brièvement présentées quelques-unes, dans une optique de compréhension de l'approche de base.

Une approche individualisée, permissive et sécurisante

Comme l'indique la littérature (Bioy, 2013 ; Brassine, 2014a ; Halfon, 2015 ; Havens, 2015 ; Melchior, 1998a ; Rossi, 2002), Milton Erickson a révolutionné la pratique de l'hypnose en proposant une approche individualisée et permissive. Elle s'oppose à l'hypnose classique, qui utilisait des protocoles d'induction standardisés et autoritaires, incitant le sujet à obéir à l'hypnotiste. Comme le dit Melchior (1998a), la caricature de ce style autoritaire se résume par l'ordre : *"Dormez, je le veux."* (1998a, p.96).

Selon Erickson, *"... le fait de donner des suggestions identiques à des sujets différents, n'est pas une méthode sûre pour susciter le même degré ou le même type de réponse ... L'utilisation adéquate de l'hypnose ... réside dans le développement d'une situation favorable à l'apparition de réponses qui soient le reflet des apprentissages personnels du sujet, de ce qu'il comprend, de ses aptitudes et de ses expériences."* (cité dans Havens, 2015, p.264). Ainsi, *"tout ce que le sujet fait, pense ou ressent peut être utilisé pour*

faciliter l'expérience hypnotique." (Havens, 2015, p.266) ou, comme le dit Erickson : *"Quel que soit le comportement manifesté par le sujet, on doit l'accepter et l'utiliser pour développer de nouvelles réponses."* (cité dans Havens, 2015, p.266).

La permissivité consiste à formuler les suggestions hypnotiques comme des propositions qui peuvent être acceptées librement par le sujet et être vécues par celui-ci selon ses propres modalités. Un exemple de suggestion sur un mode classique pourrait être : *"Et vous allez ressentir ... [telle chose] ..."*. Cette même suggestion sur un mode permissif serait formulée de la sorte : *"Et il est possible que vous ressentiez ... [telle ou telle chose] ... à votre manière ... ou encore tout autre chose."*

Ainsi, il est expliqué que l'hypnose classique créerait de la résistance chez beaucoup de sujets, or que l'hypnose ericksonienne permettrait au sujet de se sentir en sécurité, libre et respecté dans ses besoins et, dès lors, plus coopérant. Comme l'explique Havens, *"... l'hypnose est une entreprise de coopération ... l'hypnotiste doit créer une situation dans laquelle le sujet vit une confortable attente de succès, se sent libre ... protégé ... et accepté ..."* (2015, p.253).

Dans cette même optique de développement du sentiment de sécurité et de liberté, Brassiné (2014a) propose au sujet de la psychoéducation sur l'hypnose. Il peut par exemple lui être expliqué que l'hypnotiste n'est là que pour le guider dans sa propre auto-hypnose, qu'il gardera le contrôle à tout moment, qu'on ne peut lui faire faire en hypnose ce qu'il ne désire pas, que l'hypnose est une compétence qui amène à développer plus de contrôle sur ses processus internes.

Techniques de communication

L'intralocution est une technique de communication qui permet de favoriser la transe. Celle-ci a été expliquée à la section 4.4.2.

La permissivité, abordée ci-avant, est également une telle technique.

Une autre technique consiste à miroiter le patient (Havens, 2015) en adoptant son langage, en prenant des positions similaires, en parlant sur le rythme de sa respiration, etc.

Toute une série d'attitudes et techniques de communication peuvent être utilisées afin de favoriser la transe, mais leur présentation dépasse le cadre de ce travail.

Chapitre 5

La psychothérapie du trauma réassociative (PTR)

La Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR) est une approche de la thérapie du traumatisme qui utilise l'hypnose. Elle s'insère dans le champ des thérapies brèves et, plus spécifiquement, de l'hypnose ericksonienne et de la thérapie brève systémique et stratégique. Cette approche a été développée par Gérald Brassine (2014a), psychothérapeute, hypnothérapeute et fondateur de l'Institut Milton Hyland Erickson (IMHEB) de Belgique.

La première partie de ce chapitre décrit l'utilité de l'hypnose dans la thérapie des traumatismes.

La seconde partie décrit les liens qui existent entre la PTR et la psychothérapie du traumatisme telle que présentée au chapitre 3.

Enfin, la troisième partie décrit les spécificités de la PTR.

5.1 Hypnothérapie et psychothérapie du traumatisme

Cette section présente les raisons pour lesquelles l'hypnose thérapeutique est un outil utile pour la psychothérapie du traumatisme.

5.1.1 Réorienter la transe traumatique en transe hypnotique positive

Rapports entre transe hypnotique et symptomatologie traumatique

Comme l'explique Simon (2016), les caractéristiques de la transe hypnotique et la symptomatologie traumatique partagent plusieurs points en commun :

- Absorption et attention focalisée : tout comme le sujet en transe hypnotique est absorbé par la focalisation sur son monde intérieur, le sujet traumatisé peut être involontairement et de manière incontrôlable focalisé sur des pensées récurrentes à propos de l'événement traumatique, absorbé par des reviviscences ;
- dissociation : le sujet en transe se dissocie de la réalité extérieure, se dissocie psychiquement et expérimente des phénomènes idéo-dynamiques (idéo-sensoriels, idéo-affectifs, idéo-moteurs, idéo-somatiques) perçus comme se produisant de manière involontaire. De la même manière, le sujet traumatisé peut présenter une symptomatologie dissociative touchant les sphères cognitives, affectives, somatiques et comportementales. Ainsi, dans une situation comme dans l'autre, on peut par exemple expérimenter des hallucinations sensorielles, de l'amnésie/hypermnésie, de l'hypersensibilité/anesthésie émotionnelle, de la catalepsie, de l'analgésie, etc. ;
- suggestibilité : tout comme le sujet en transe hypnotique est dans un état d'attention et de réactivité accrue automatique quant aux suggestions de l'hypnotiste, le sujet traumatisé l'est quant à divers stimuli qui agissent comme des déclencheurs traumatiques.

Ainsi, il explique que le sujet traumatisé expérimenterait des trances hypnotiques négatives par auto-hypnose.

Utilisation paradoxale de la capacité du sujet à entrer en transe

Partant de ce rapport entre trances traumatique et hypnotique, Simon (2016) explique qu'il s'agira dès lors de se baser sur la capacité et l'expérience dont dispose déjà le sujet à entrer en transe (traumatique) et de l'utiliser pour lui faire expérimenter une transe positive et dont il a le contrôle. Ainsi, ce qui est considéré comme étant un symptôme est recadré positivement comme étant une compétence.

Nous mettons cela en lien avec la technique de *prescription de symptôme*, utilisée dans les thérapies paradoxales et décrite par Rossi (2002). Ainsi, il explique que "... prescrire le symptôme crée l'occasion en fait de le reconstruire autrement. Quand nous deman-

dons à quelqu'un de faire volontairement l'expérience de son symptôme, plutôt que de lui résister, nous modifions d'une manière radicale sa dynamique interne et ses systèmes de mémoire et d'apprentissage liés à l'état qui permettent au symptôme de s'épanouir." (p.159). Il explique que ceci permet de rendre volontaire un symptôme qui était dissocié et involontaire.

La technique PTR d'hypnothérapie développée par Brassine (2014a) propose de faire un usage paradoxal non seulement de la capacité du sujet à entrer en transe, mais de la symptomatologie dissociative traumatique. Ce point sera développé dans la section 5.3.2.

5.1.2 Potentialiser par l'absorption les techniques utilisées en psychothérapie du traumatisme

Plusieurs techniques utilisées en psychothérapie du traumatisme (cf. chapitre 3) font appel à l'imagerie mentale, au rappel d'éléments sensoriels d'un souvenir, à l'affectivité, à la conscience corporelle et/ou à la somesthésie. Ceci est notamment le cas pour les techniques suivantes : changement de scénario ; rééquilibrage du système nerveux autonome (SNA) par conscience corporelle ; utilisation de ressources (qui servent aussi bien à rééquilibrer le SNA qu'à la reconsolidation mnésique) ; pont d'affect et travail sur la mémoire implicite.

Or, il a été expliqué que l'hypnose va justement permettre au sujet de se dissocier de l'expérience extérieure et s'absorber intensément dans son monde intérieur (imagerie mentale, affectivité, sensations corporelles, etc.) où, notamment, ce qui est expérimenté en imagination l'est avec tant de réalisme que le sujet l'investit d'une valeur de réalité. On peut également ajouter que dans cet état, comme le dit Erickson, le sujet est plus à même d'"... explorer les aptitudes de son propre corps à contrôler ses réactions psychologiques et physiologiques et son comportement." (cité dans Havens, 2015, pp.226-227). La transe hypnotique est ainsi un état favorable à l'accomplissement de ce qui est demandé au patient d'accomplir au sein des techniques exposées.

Par ailleurs, chez le sujet traumatisé, les mnésies traumatiques peuvent ressurgir avec tant de réalisme qu'il a l'impression de réellement revivre dans le présent des parties de l'événement traumatique ; ce sont les reviviscences traumatiques. Ainsi, si l'absorption de la transe hypnotique permet de faire vivre au patient une expérience avec tant de réalisme également, cette caractéristique va permettre de modifier de manière positive en imagination le scénario traumatique, de sorte que ce nouveau scénario réparateur soit subjectivement vécu par le patient comme étant réel. Comme le dit Erickson, "*l'induction*

et le maintien d'un état de transe permettent l'accès à un état psychologique particulier dans lequel le patient peut réassocier et réorganiser ses complexités psychologiques internes et utiliser ses capacités propres ... [C'est ainsi] que le patient favorise la guérison, et non par les manifestations d'un comportement réactionnel à une suggestion ..." (cité dans Rossi, 2002, p.129). Nous considérons ainsi que la transe hypnotique favorise la reconsolidation mnésique.

5.2 PTR - Principes et techniques de base

La PTR (Brassine, 2014a) est en accord avec la psychothérapie du traumatisme telle que présentée dans le chapitre 3. Ainsi, le travail a pour objet la stabilisation du patient et la reconsolidation de ses mnésies traumatiques. Ce travail est orienté par les principes de base déjà présentés, à savoir :

- Éviter que le patient ne soit traumatisé à nouveau par la réactivation de mnésies traumatiques ;
- stabiliser le patient avant d'entamer un travail de reconsolidation des mnésies traumatiques.

L'anamnèse est effectuée de manière prudente et le thérapeute propose de la psychoéducation sur le traumatisme.

Les ressources du patient sont utilisées pour le rééquilibrage de son système nerveux autonome et dans la phase de reconsolidation des mnésies traumatiques.

La reconsolidation mnésique se fait notamment par les techniques de scénario réparateur et d'allers-retours entre le souvenir traumatique et un état de ressource. La technique du pont d'affect et de sensation est également utilisée.

L'outil de base utilisé pour développer les ressources du patient et appliquer les techniques de reconsolidation mnésique est l'hypnose. L'utilité de la transe hypnotique dans ce contexte a été abordée à la section 5.1.

Les sections suivantes décrivent les particularités de cette approche.

5.3 Les spécificités de la PTR

5.3.1 Une hypnose ericksonienne conversationnelle et collaborative

Selon Brassine (2014a), une grande part des hypnothérapeutes utilisant l'hypnose ericksonienne considèrent que celle-ci est principalement basée sur l'utilisation de suggestions faites au patient sur le ton d'un monologue. Influencés par cette conception, ces praticiens utilisent dans la phase d'induction des suggestions qui induisent de la relaxation et un état proche du sommeil. Les suggestions y sont également fort utilisées pendant la transe au travers de l'utilisation de métaphores thérapeutiques récitées au patient. Cette approche aurait pour conséquence que l'expression de la transe du sujet serait plutôt de l'ordre d'un comportement proche du sommeil et que celui-ci aurait une attitude plutôt passive et mutique.

Il considère que cette approche de l'hypnose n'est pas adéquate avec les patients traumatisés, notamment pour les raisons suivantes :

- Le patient traumatisé a vécu de l'impuissance lors de l'événement traumatique et continue à en vivre lorsqu'il est sujet à des reviviscences traumatiques. Dès lors, faire vivre au patient une transe dans laquelle il est passif et mutique face à un hypnotiste actif qui lui fait adopter des comportements automatiques involontaires au travers de suggestions peut le mettre à nouveau dans cette position d'impuissance. Ceci est d'autant plus vrai dans les traumatismes où la personne a été sous l'emprise d'un agresseur. Ce type de relation hypnotique pourrait alors évoquer au patient la relation qu'il a vécue comme traumatisante. Le patient pourrait dès lors transférer sur l'hypnothérapeute la personne de l'agresseur. Cette situation peut potentiellement avoir plusieurs conséquences : l'alliance thérapeutique peut en pâtir, entravant le processus thérapeutique ; le sentiment d'impuissance peut être consolidé ; cette situation rappelant l'événement traumatique peut agir comme déclencheur traumatique et ainsi traumatiser à nouveau le patient ;
- le mutisme du patient ne permet pas de connaître son vécu intérieur. Le principe de base en psychothérapie du traumatisme est d'éviter les reviviscences traumatiques et pour cela, le thérapeute a besoin de savoir ce que le patient vit. Si le patient est mutique et passif, il est possible qu'il soit en train d'expérimenter des reviviscences sans que le thérapeute n'en soit conscient.

Brassine (2014a) préconise ainsi une hypnose ericksonienne conversationnelle et collaborative. Il s'inscrit ainsi dans une conception et compréhension de l'hypnose ericksonienne

différente, que partagent également, comme il l'explique, des hypnothérapeutes réputés tels que Kay Thompson et Ernest Rossi, tous deux élèves directs et proches d'Erickson.

Dans cette conception de l'hypnose, il n'est pas considéré nécessaire de faire usage de suggestions. Comme l'explique Brassine, *"l'hypnose n'est pas le fruit de la suggestion, mais celui de l'usage de l'imaginaire et de la mémoire."* (2014a, p.2). Cette conception amène à un type de travail où le patient est actif et collabore activement avec l'hypnothérapeute. Rossi explique que dans ce type de travail *"il n'est pas question ... de conditionnement, qu'il soit direct ou masqué, ni de « relation d'influence » ou de programmation. Nous ne nous servons même pas de la « suggestion » dans son acception habituelle d'une idée qu'on infiltrerait dans l'esprit d'un tiers. Nous opérons plutôt en accédant simplement aux systèmes de la mémoire, des apprentissages et des comportements liés à l'état, rendant ainsi l'information qui y est encodée disponible à la résolution de problèmes. C'est le patient lui-même qui garde sans cesse le contrôle du processus de soins. Le thérapeute doit rester un facilitateur, un guide, un consultant."* (2002, p.131). Pour faciliter cette collaboration active, le patient est incité à dialoguer avec l'hypnothérapeute alors qu'il est en transe. C'est en ce sens qu'il s'agit d'une hypnose conversationnelle.

Les points suivants expliquent plus en détails certains aspects de l'approche PTR en lien avec cette conception d'une hypnose conversationnelle et collaborative.

Une induction de transe conversationnelle basée sur le rappel d'un état ressource

Brassine (2014a) explique que la transe du patient peut être obtenue en lui demandant de se centrer sur le souvenir d'un bon moment dans un lieu où il s'est senti en sécurité et a ressenti du bien-être émotionnel et corporel. Le patient est alors invité à décrire oralement son souvenir, alors qu'il s'absorbe de plus en plus dans celui-ci. L'hypnothérapeute n'utilise pas de suggestions à proprement parler, mais stimule le patient à faire revenir les divers aspects sensoriels et affectifs du souvenir, afin de favoriser l'absorption. Ainsi, il peut demander au patient de décrire les aspects visuels, auditifs, tactiles, olfactifs, gustatifs, somesthésiques et affectifs de ce souvenir. Il peut également lui être demandé d'essayer de consciemment augmenter les émotions et sensations agréables liées à celui-ci.

Il s'agit donc d'une transe induite sur base de la réactivation d'un état psychophysiologique agréable par la remémoration d'un souvenir lié à une ressource. La transe hypnotique obtenue par ce procédé est donc un état de ressource qui participe à la stabilisation du patient. Cet état de ressource servira de base pour le travail de reconsolidation des

mnésies traumatiques.

Sortir de l'impuissance

Comme l'explique Brassine, en PTR, il est " ... explicitement demandé (hors et dans l'état modifié de conscience) au patient de parler, de communiquer, de s'opposer ou d'acquiescer aux propositions faites par l'opérateur ... Rien n'est fait à l'insu du patient. Au contraire, une collaboration est instaurée." (2014a, p.5). Ce premier aspect a pour objectif d'éviter au patient de revivre un état ou une relation d'impuissance. Quant au fait de s'opposer, il ajoute : "il est important de lui souligner que ce refus est en fait une véritable collaboration. Les thérapeutes doivent prendre l'habitude de remercier cette prise de position comme une affirmation de sa [du patient] personnalité. Pour beaucoup de patients abusés, battus, etc., il s'agit de l'expression claire qu'il ose (enfin) s'opposer à quelqu'un." (2014a, p.9).

Éviter les reviviscences

En ce qui concerne la reconsolidation des mnésies traumatiques, il explique que celle-ci "... devrait être faite dans un état modifié de conscience conversationnel constant, afin que le thérapeute soit à tout instant informé des progrès que le patient est en train de faire ... et ce, dans un état de confort maximum." (2014, p.5). Pendant celle-ci, le patient " ... est sollicité constamment afin de connaître son état interne." (2014a, p.9). À tout moment, "... le patient a pour première tâche de dire si les propositions effectuées par le thérapeute lui sont désagréables ou surtout douloureuses." (2014a, p.20). Ceci va permettre au thérapeute d'évaluer l'évolution du travail, mais surtout de ramener le patient en difficulté à un état de ressource avant qu'il n'expérimente des reviviscences trop douloureuses.

Favoriser un scénario réparateur qui émane du patient

Comme l'explique Brassine (2014a) en ce qui concerne la technique du scénario réparateur pour reconsolider les mnésies traumatiques, "plus efficaces encore sont les moments ... durant lesquels le patient intervient activement dans cette procédure conjointe de transformation des incidents et souvenirs traumatiques." (2014a, p.5). Il propose notamment d'insister pour que le patient refuse les propositions de transformation de la scène traumatique émises par le thérapeute qui ne lui conviennent pas et formule toute autre idée de transformation plus adéquate qui lui appartienne. Comme il l'explique, "dans bien

des cas, ses idées s'imposent à lui, comme venues d'un inconscient qui savait comment soigner et guérir ce souvenir traumatique et sa cognition inappropriée." (p.20).

Ceci peut être mis en lien avec la conception d'Erickson qui affirme qu' *"Il est exact de dire que les suggestions directes peuvent opérer un changement dans le comportement du patient et aboutir à une cure symptomatique, au moins pour un temps. Cependant, une telle « guérison » n'est qu'une réaction à la suggestion et n'entraîne pas la réassociation et la réorganisation des idées, compréhensions et souvenirs, pourtant essentielles à un vrai rétablissement. C'est par ces réorganisations et ces réassociations effectives des expériences de sa propre vie que le patient favorise la guérison, et non par les manifestations d'un comportement réactionnel à une suggestion qui ne peut, au mieux, que satisfaire l'observateur." (cité dans Rossi, 2002, p.129).*

5.3.2 Utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs

Il a été expliqué à la section 5.1.1 que faire expérimenter une transe hypnotique positive à un patient traumatisé pouvait être considéré comme une utilisation paradoxale de sa capacité à entrer en transe traumatique. Ceci peut permettre au patient une reprise de contrôle du symptôme traumatique, en le rendant volontaire. C'est également une reconsolidation mnésique positive, car des pensées, émotions et sensations agréables expérimentées en transe hypnotique viennent remplacer des éléments faisant partie des mnésies traumatiques.

Brassine (2014a) considère qu'il est également thérapeutique de prescrire au patient en transe un usage paradoxal de sa symptomatologie dissociative, et ce, pour les mêmes raisons : reprise de contrôle des symptômes et reconsolidation mnésique positive.

De plus, il considère qu'il faut recadrer positivement les symptômes dissociatifs en tant que protections qu'à mises en place le patient au moment de l'événement traumatique et les réutiliser en thérapie de manière volontaire en tant que telles : des protections. Plus précisément, il explique qu' *"avec la personne traumatisée qui a déjà expérimenté des épisodes dissociatifs lors de l'événement traumatique, nous retravaillons le souvenir à l'aide de ces dissociations spécifiques." (p.27).* La dissociation est ainsi recadrée comme une compétence utile, qui va servir à protéger le patient, c'est-à-dire à éviter que le patient ne soit traumatisé à nouveau par la réactivation de mnésies traumatiques lors du travail de leur reconsolidation par la technique du scénario réparateur.

Les symptômes dissociatifs qui ont pu servir à protéger le patient au moment de l'événement traumatique (et qui continuent de le protéger lorsqu'il s'agit de symptômes en-

core actuels) sont ceux qui ont été décrits dans la section 2.5 comme étant étanches. Il s'agit donc principalement des phénomènes suivants : hallucinations sensorielles négatives, amnésie, anesthésie physique et émotionnelle, dépersonnalisation, déréalisation et contraction temporelle.

Plus concrètement, comme l'explique Brassine (2014a), il s'agit dans un premier temps d'entraîner le patient à reproduire en transe ces symptômes dissociatifs protecteurs de manière volontaire et contrôlée. Comme il a été expliqué à la section 5.1.1, ces symptômes sont également des phénomènes hypnotiques courants. Dès lors, il est aisé de les reproduire en état de transe hypnotique. Les symptômes étanches que le patient a développés sont principalement recueillis pendant l'anamnèse. Brassine (2014a) propose d'entraîner le patient à la reproduction des phénomènes dissociatifs qu'il a lui-même développés en tant que symptômes protecteurs, mais également aux autres phénomènes dissociatifs qui font partie de la symptomatologie d'autres patients. Il considère en effet que les protections dissociatives qui ont servi à certaines personnes peuvent également servir aux autres, s'ils apprennent à les utiliser.

Afin que cet entraînement soit vécu comme agréable pour le patient, il propose de l'associer avec le souvenir du bon moment qui a servi à l'induction de la transe hypnotique. Ainsi, c'est lorsque le patient est en état de ressource, ayant développé des pensées, émotions et sensations agréables du fait de l'absorption dans son souvenir agréable, que le travail d'entraînement peut commencer.

Une fois ces compétences acquises, elles sont utilisées pour créer un scénario réparateur de manière confortable, c'est-à-dire sans reviviscences douloureuses.

Quelques exemples

Les points suivants décrivent au travers de quelques exemples (Brassine, 2014a) la manière dont il est possible de développer et utiliser certains phénomènes hypnotiques. Afin d'alléger la lecture, la scène du souvenir d'un bon moment sera nommée BM et celle de l'événement traumatique, TR.

- Dépersonnalisation : en imagination, s'élever de la BM afin de la voir de haut et s'y voir soi-même en contrebas comme si c'était quelqu'un d'autre (et/ou sous différents autres angles de vue) ; projeter mentalement la BM sur un écran de télévision, comme si l'on regardait un film ; devenir un géant dans la BM ou s'envoler depuis celle-ci ; s'envoler de la BM et approcher la TR en restant à une distance et hauteur confortables ; s'extraire de la TR en s'envolant ; se sentir capable de faire

- face à la TR en s'y voyant être un géant ;
- anesthésie physique : développer une réelle anesthésie physique pendant la visualisation de la BM. Ceci peut être facilité entre autres en demandant au patient de se rappeler des moments où il a ressenti une telle anesthésie. Par la suite, développer cette anesthésie pour aborder une TR où existe de la violence physique ;
 - anesthésie émotionnelle : se couper pendant quelques instants des émotions agréables ressenties par le rappel de la BM, pour ensuite faire revenir ces émotions. Par la suite, se couper de toute émotion lors de la transformation de la TR ;
 - hallucinations négatives : ne pas voir certains objets ou personnes normalement présents dans la BM. Faire de même par la suite pour ne pas voir certains aspects ou détails de la TR ;
 - amnésie : le patient qui a amnésié certains aspects de l'événement traumatique, par exemple l'agresseur, peut être incité dans la BM à faire revenir un aspect seulement de celui-ci, le moins douloureux, tout en continuant à bien amnésier le reste. Par exemple, il peut lui être demandé de faire revenir en mémoire uniquement la voix de l'agresseur, tout en continuant à amnésier son visage, mais que si cela est trop douloureux, il peut à nouveau amnésier le tout. De la sorte, l'amnésie continue à être utilisée comme mécanisme de protection, mais est à la fois utilisée pour permettre de se souvenir progressivement de certains aspects du souvenir traumatique amnésié ;
 - contraction temporelle : imaginer avoir une télécommande qui permette de visualiser la BM en accéléré. L'utiliser par la suite pour permettre de visualiser rapidement une TR sans reviviscence.

Nous pensons que l'entraînement à la déréalisation se fait de manière naturelle par l'expérience de la transe hypnotique. Comme il a été expliqué, le monde intérieur du sujet peut, du fait de l'absorption, acquérir une densité telle qu'il l'éprouve comme étant la réalité extérieure. Le sujet reste néanmoins en même temps conscient de son état de transe et cela peut dès lors également entretenir cette impression d'irréalité, d'être comme dans un rêve, caractéristique de la déréalisation. Cette impression pourrait volontairement être augmentée dans la TR dans les cas où des reviviscences trop douloureuses émergent, pour se protéger. Il nous semble que la technique de changement de scénario, qui demande au patient de transformer activement des éléments de la TR en utilisant son imagination, y participe également.

Augmenter l'intensité d'un symptôme pour paradoxalement la faire diminuer

Selon Brassine (2014a), certains symptômes dissociatifs peuvent diminuer en intensité ou disparaître en les développant de manière paradoxale. Il utilise cette approche car, selon son expérience, il est difficile pour un patient de parvenir à faire diminuer volontairement l'intensité de certains de ses symptômes. Il est par contre plus aisé de l'augmenter, car cela va dans le sens de l'utilité initiale de ces symptômes, à savoir, la protection du patient.

Ainsi, une technique consiste à faire visualiser au patient en transe un curseur se déplaçant sur une échelle graduée (par exemple de 0 à 10) représentant l'intensité du symptôme. Le curseur pointe initialement la valeur représentant l'intensité perçue du symptôme dans le moment présent. Il est alors demandé au patient de se centrer sur le symptôme et d'essayer d'augmenter son intensité en imaginant déplacer le curseur vers des valeurs plus élevées. Si celui-ci y parvient, il lui est alors renvoyé qu'il est en train de réacquiescer du contrôle sur un symptôme qui était perçu comme involontaire, incontrôlable, même si cela est pour l'augmenter. Par la suite, le patient est guidé vers un état de ressource. Souvent, les émotions et/ou sensations agréables qui y sont associées permettent de faire redescendre l'intensité du symptôme à son niveau précédant ou à un niveau inférieur, et ceci est également renvoyé au patient. Le patient peut progressivement conscientiser que le symptôme est dépendant de son état psychophysiologique et qu'il peut influencer celui-ci. Cette technique peut par exemple être utilisée dans le cas d'anesthésie émotionnelle ou de douleur psychosomatique.

5.3.3 L'inconfort physique comme symptôme dissociatif étanche

Il a été expliqué dans la section 2.5.3 que la douleur physique pouvait être chez certains patients un symptôme dissociatif poreux. En effet, celle-ci peut en quelque sorte être une reviviscence de la douleur physique expérimentée pendant l'événement traumatique. Selon Brassine (2014a), la douleur peut cependant également être une protection dissociative, et dès lors être considérée comme un symptôme étanche. Plus particulièrement, dans sa pratique, il constate que chez certains patients, la douleur physique est associée à de l'amnésie et/ou à de l'anesthésie émotionnelle. Dans cette conception, la douleur émotionnelle liée au souvenir de l'événement traumatique est tellement intense qu'elle est refoulée au profit d'une douleur physique, plus gérable. C'est en quelque sorte comme si le patient choisissait inconsciemment de souffrir physiquement plutôt qu'émotionnellement. Brassine explique que *"devant un excès de douleur émotionnelle, le cerveau a transformé une partie ou l'entièreté de l'émotion « indigeste » en douleur physique. La*

psychosomatique sera alors recadrée positivement comme une faculté, et conceptualisée comme une « protection dissociative »." (2014a, p.39).

Il considère que ce mécanisme peut être à l'œuvre non seulement avec un symptôme de douleur physique, mais également avec d'autres types de symptômes d'inconfort physique, tels que les nausées, l'asthme, etc.

Ainsi, lorsque l'inconfort physique est un symptôme dissociatif étanche, il est possible d'en faire une utilisation paradoxale telle que décrite à la section 5.3.2. Il peut par exemple être proposé au patient en transe d'augmenter sa douleur physique pour se protéger d'une reviviscence émotionnelle trop douloureuse. Il est également possible d'utiliser la technique décrite précédemment qui consiste à augmenter l'intensité du symptôme puis à la faire descendre à un niveau plus bas. Dans ce cas, selon Brassine (2014a), il n'est pas rare qu'au moment où l'intensité de l'inconfort physique redescend à un niveau plus bas que précédemment, l'émotion douloureuse refoulée ainsi que des souvenirs de l'événement traumatique jusque-là amnésiés ressurgissent. Ces souvenirs peuvent dès lors par la suite être traités par reconsolidation mnésique.

Conclusion de la partie théorique

Cette section présente un récapitulatif de ce qui a été présenté dans cette partie théorique.

Le traumatisme se contracte suite à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu. Celui-ci peut y avoir été exposé comme victime, témoin, acteur, ou bien même par le récit d'un individu traumatisé.

Divers types de traumatismes existent. On différencie notamment ceux qui sont le résultat d'un événement traumatogène unique et limité dans le temps, de ceux qui sont le résultat d'un événement traumatisant qui perdure dans le temps, comme peut l'être le traumatisme complexe, conséquence d'une victimisation chronique d'assujettissement à une ou plusieurs personnes.

Le traumatisme se contracte à cause du trop d'excitation physique et émotionnelle, dangereux pour l'organisme. Ce trop d'excitation est mis à l'écart par l'organisme grâce au mécanisme de survie que constitue la dissociation. La partie dissociée de la personne, liée au trauma, continue d'agir indépendamment, hors conscience de l'individu, comme si la menace traumatique était toujours présente.

La dissociation constitue l'essence du traumatisme. Celle-ci s'exprime au travers de divers symptômes. Un symptôme dissociatif est nommé étanche lorsqu'il indique que la partie dissociée de la personne, liée au trauma, ne fait pas irruption dans le reste de la conscience de la personne ; il est nommé poreux, au contraire, lorsqu'il indique que la partie dissociée fait irruption, de manière involontaire et incontrôlée, dans la partie non dissociée de la personne. Comme symptômes dissociatifs courants, on retrouve notamment : l'amnésie/hypermnésie, la dépersonnalisation et la déréalisation, les hallucinations sensorielles, l'anesthésie/hypersensibilité émotionnelle, l'analgésie et la douleur, les évitements et répétitions traumatiques. Les symptômes dissociatifs peuvent être psychoformes ou somatoformes. Certains auteurs considèrent qu'il existe deux types de symptômes dissociatifs : le détachement et la compartementalisation. On considère aujourd'hui que la dissociation

ne se situe pas sur un continuum allant du normal au pathologique, mais constitue plutôt une partie structurellement différente de la partie non dissociée de la personne.

Il est aujourd'hui accepté que les troubles dissociatifs ont une origine traumatique. Il en irait de même pour certains troubles somatoformes.

Ainsi, on retrouve de la dissociation traumatique dans l'ESPT simple et complexe, les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs. Les traumatismes infantiles (abus sexuels, physiques, négligence émotionnelle, etc.) peuvent s'exprimer par des états dissociatifs. Lorsque ceux-ci sont répétés, ces états peuvent devenir un trait, dans le sens où le sujet a intégré la dissociation comme mode défensif face aux menaces.

Les mécanismes neurobiologiques permettant d'expliquer la dissociation traumatique ont été abordés.

Une approche psychothérapeutique du traumatisme prenant en compte à la fois les aspects psychiques et corporels du trauma a été présentée. Cet abord propose de traiter la dissociation ainsi que le dérèglement du système nerveux autonome qui en découle. Le principe de précaution de base, à savoir : éviter que le patient soit à nouveau traumatisé, a été mis en avant. Il a été vu que la dissociation peut se traiter par des techniques de reconsolidation mnésique, comme l'est par exemple la technique du scénario réparateur, et que celles-ci utilisent notamment les ressources du patient et la conscience corporelle.

Il a été expliqué que l'approche PTR de thérapie des traumatismes était une application de la psychothérapie du traumatisme telle que présentée. Plus spécifiquement, cette approche utilise l'outil de l'hypnose thérapeutique. Ainsi, un chapitre fut dédié à la compréhension des mécanismes de base de l'hypnose et des caractéristiques de la transe hypnotique (absorption et attention focalisée, dissociation et suggestibilité). Un rapprochement entre la transe hypnotique et le traumatisme a été effectué. Il a en effet été expliqué que les caractéristiques de la transe hypnotique font partie de la symptomatologie traumatique. Ainsi, les divers symptômes traumatiques (amnésie/hypermnésie, hallucinations, anesthésie/hypersensibilité émotionnelle, etc.) sont également des phénomènes hypnotiques. Ceci a permis d'expliquer en quoi l'utilisation de l'état de transe hypnotique était intéressante dans la thérapie des traumatismes : d'une part, il s'agit de la propriété d'absorption hypnotique, qui permet de rendre plus efficaces les techniques de reconsolidation mnésique ; d'autre part, et plus spécifiquement avec l'approche PTR, il s'agit de l'utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs (hypnotiques), qui sont des mécanismes de défense, afin notamment d'éviter que le patient soit à nouveau traumatisé par la réactivation des mnésies traumatiques lors de leur reconsolidation par la technique du scénario réparateur. Il a également été expliqué que l'utilisation d'une hypnose conversationnelle et

collaborative, telle que le propose l'approche PTR, est également importante afin d'éviter que le patient ne soit traumatisé à nouveau et pour lui permettre de sortir de son vécu d'impuissance.

Deuxième partie

Développement pratique

Chapitre 6

Évaluation de la PTR

6.1 Introduction

Cette partie pratique du travail a pour objectif d'apporter des éléments de réponse quant à la question de savoir si la PTR est une approche thérapeutique adéquate des traumatismes.

Le développement théorique de ce travail y a déjà apporté un éclairage. L'expérience qui suit a pour objectif de vérifier cela, par l'évaluation des effets thérapeutiques de l'approche PTR avec des individus traumatisés.

Plus spécifiquement, le développement théorique a mis en exergue la dissociation comme mécanisme central du traumatisme.

Nous émettons l'hypothèse que la PTR permet de diminuer la symptomatologie dissociative des personnes traumatisées.

6.2 Méthode

6.2.1 Participants

Procédure de recrutement

Nous sommes formés à la PTR et en contact avec un réseau de praticiens de cette approche thérapeutique. C'est au travers de ce réseau que les praticiens ont été recrutés sur base volontaire pour participer à l'étude. Ces praticiens ont à leur tour proposé à leurs patients

de participer à l'étude.

Sujets de l'étude

Les sujets de l'étude font partie d'une population clinique d'adultes traumatisés, parlant le français, et qui ont suivis une thérapie PTR auprès d'un thérapeute formé à la thérapie PTR.

Le tableau 6.1 reprend la description de l'échantillon des patients ayant participé à l'étude et qui ont été retenus. Il y avait initialement vingt-huit participants, mais deux d'entre eux ont été écartés car une échelle de validité du questionnaire MID (voir section 6.2.2) était trop élevée (tendance à endosser des symptômes peu probables).

TABLE 6.1 – Description de l'échantillon

	<i>Âge</i>	
	<i>M</i>	<i>ET</i>
Participants (n=26)	37	10,39
Hommes (n=3)	46	13,65
Femmes (n=23)	36	9,73

Praticiens PTR

Six thérapeutes PTR ont été recrutés. Les vingt-six patients recrutés ont donc chacun suivi une thérapie avec l'un de ces thérapeutes.

6.2.2 Matériel

Questionnaire de recueil des traumas

Il existe de nombreux questionnaires auto-administrés permettant de recueillir à l'âge adulte les expériences traumatiques vécues par une personne. Pour n'en citer que quelques-uns fréquemment utilisés : le LEC (*Life Events Checklist*, 17 items), le BTQ (*Brief Trauma Questionnaire*, 10 items), le LSC-R (*Life Stressor Checklist*, 30 items), le TAA (*Trauma Assessment for Adults*, 17 items), le THQ (*Trauma History Questionnaire*, 24 items), le THS (*Trauma History Screen*, 13 items), le TSQ (*Trauma Screening Questionnaire*, 10 items), le SLESQ-R (*Stressful Life Events Screening Questionnaire - Revised*, 13 items),

le TAQ (*Trauma Antecedents Questionnaire*, 41 items), le TEC (*Traumatic Experiences Checklist*, 29 items).

La majorité des questionnaires s'intéressent aux traumatismes simples, plus en lien avec l'ESPT simple. Certains d'entre eux cependant permettent également de détecter les situations pouvant être considérées comme des traumatismes complexes. Ainsi, le LSC-R, le TAQ et le TEC s'intéressent également (outre la maltraitance physique, le harcèlement et les abus sexuels, souvent inclus dans la majorité des questionnaires) aux dimensions de la négligence et de la maltraitance émotionnelle.

Parmi ces trois questionnaires, nous avons choisi d'utiliser le TEC (Hart, Kruger, & Nijenhuis, 2002) (dénommé TEQ lors de versions antérieures, pour *Traumatic Experiences Questionnaire*) qui, à notre connaissance, est le seul qui existe en version francophone. Ce questionnaire est repris en Annexe A.

Ce questionnaire permet de spécifier l'âge ou la période pendant laquelle un événement ou une situation traumatisante a eu lieu, ainsi que l'impact que cela a eu sur la personne, de par une échelle allant de 1 (*Aucun effet*) à 5 (*Effet extrêmement important*).

Le TEC permet de calculer un score global, représentant le nombre d'événements ou situations vécues parmi les 29 présentées. Il permet également d'obtenir un score composite lié aux traumatismes relationnels survenus pendant l'enfance/adolescence (négligence et maltraitance émotionnelle, maltraitance physique, harcèlement et abus sexuel). Ce score composite (allant de 0 à 69) est basé sur la durée de la situation, les périodes développementales (0 à 6 ans, 7 à 12 ans, 13 à 18 ans), le degré de proximité avec l'auteur des faits (membre de la famille ou non) et l'effet que cela a eu sur la personne.

Pour notre expérience, cet outil a été utilisé comme anamnèse des événements traumatisants. Le score n'est pas utilisé, car la symptomatologie dissociative liée à ces traumatismes est évaluée par un autre questionnaire, le MID (cf. section suivante).

Échelle d'évaluation des symptômes dissociatifs

Il existe plusieurs échelles auto-administrées de mesure de la dissociation. Les échelles validées les plus utilisées sont : le DES-II (*Dissociative Experiences Scale*) (Carlson & Putnam, 1993), le DIS-Q (*Dissociation Questionnaire*) (Van Dyck, Vandereycken, Vanderlinden, Verkes, & Vertommen, 1993), le MID (*Multidimensional Inventory of Dissociation*) (Dell, 2006 ; Coy, Dell, & Madere, 2017) et le SDQ-20 (*Somatoform Dissociation Questionnaire*) (Nijenhuis, 2010).

Plusieurs raisons nous ont amené à choisir le MID comme échelle. Contrairement aux autres échelles :

- Elle contient des échelles de validité ;
- elle ne mesure que la dissociation pathologique et non pas la dissociation normale (non clinique) telle que l'absorption, la rêverie et l'hypnotisabilité ;
- elle mesure à la fois la dissociation psychoforme et somatoforme.

De plus, le MID corrèle positivement (validité convergente) avec ces autres échelles (DES : $r = 0.90$; DIS-Q : $r = 0.83$; SDQ-20 : $r = 0.75$).

La fidélité test-retest (entre quatre et huit semaines) du MID est forte (0.97).

Le score moyen du MID est fortement corrélé avec le score composite du TEQ évaluant les traumatismes liés à de la négligence, du harcèlement et de l'abus (r entre 0.58 et 0.63).

La version actuelle du MID est la 6.0. Une application, le *MID Analysis*, permet d'automatiser les calculs d'évaluation. La version actuelle est la 4.0. L'application permet d'émettre des hypothèses diagnostiques quant aux troubles dissociatifs, aux troubles liés aux traumatismes et au stress, et au trouble de symptôme somatique du DSM-5. Ces hypothèses diagnostiques ne sont pas utilisées dans le cadre de notre étude. En effet, nous tentons de vérifier si la thérapie PTR permet de diminuer la symptomatologie dissociative de tout patient traumatisé, indépendamment de son diagnostic. Par ailleurs, le type et le nombre de traumatismes vécus est pris en considération par le questionnaire TEC.

L'outil est destiné à une population adulte.

Le MID a été traduit en langue française mais cette version n'a pas encore été validée à ce jour. Nous nous sommes basés sur la version originale anglaise validée que nous avons à nouveau traduite au français, la version française proposée ne nous paraissant pas suffisamment juste. Ce questionnaire traduit se trouve en Annexe B.

Il contient 218 items et le temps de passation est estimé à 30-60 minutes.

Chaque item est coté sur une échelle discrète quantitative dont les valeurs se situent entre 0 (*Jamais*) et 10 (*Toujours*). La valeur représente la fréquence de survenue de l'expérience dissociative.

Parmi les 218 items, 168 évaluent des expériences dissociatives. Les 50 autres items permettent de calculer des échelles de validité.

Le MID évalue 22 symptômes dissociatifs, classés en trois catégories : les symptômes dissociatifs généraux ; les intrusions conscientes d'une autre partie de soi ; les intrusions

inconscientes (amnésiées) d'une autre partie de soi.

Pour chacun des symptômes, nous reprenons ci-dessous entre parenthèses le nombre d'items (n) du questionnaire se référant à celui-ci, ainsi que le coefficient alpha de Cronbach (α) que nous avons calculé sur base de l'échantillon afin de tester la cohérence interne des items.

Les symptômes dissociatifs généraux se retrouvent dans divers troubles liés aux traumatismes (ESPT simple et complexe, trouble dissociatif de l'identité) et incluent :

- Troubles de la mémoire généraux (n = 12, α = .91);
- dépersonnalisation (n = 12, α = .93);
- déréalisation (n = 12, α = .95);
- flashbacks (n = 12, α = .91);
- dissociation somatoforme (n = 12, α = .80);
- transe (déconnexion par rapport à l'environnement) (n = 12, α = .71).

Les intrusions conscientes d'une autre partie de soi sont des symptômes dissociatifs qui se retrouvent surtout dans le traumatisme complexe et dans le trouble dissociatif de l'identité.

Le sujet est conscient de l'expérience qui lui arrive :

- Voix d'enfants (entendre une voix d'enfant dans sa tête) (n = 3, α = .04);
- lutte intérieure (entre différentes parties dissociées de soi) (n = 9, α = .85);
- voix persécutrice (entendre une voix persécutrice dans sa tête) (n = 5, α = .76);
- parole intrusive (une partie dissociée prend contrôle de la voix du sujet) (n = 3, α = .73);
- pensée intrusive (une partie dissociée prend contrôle des pensées du sujet) (n = 5, α = .84);
- émotion intrusive (n'étant pas ressentie comme appartenant au sujet) (n = 7, α = .92);
- impulsion intrusive (n'étant pas ressentie comme appartenant au sujet) (n = 3, α = .59);
- comportement intrusif (comme venant d'une autre partie de soi, hors contrôle volontaire) (n = 9, α = .84);
- perte temporaire de connaissances (n = 5, α = .62);
- altération de l'identité (sentiment d'être comme une autre personne) (n = 12, α = .87).

Les intrusions inconscientes d'une autre partie de soi sont des symptômes dissociatifs plus rares, que l'on retrouve principalement dans le trouble dissociatif de l'identité. Le

sujet n'a pas conscience de ce qui est vécu (amnésie totale) :

- Temps amnésié (le sujet découvre qu'un laps de temps s'est écoulé de manière inconsciente) (n = 4, $\alpha = .80$);
- revenir à soi (le sujet revient à soi et découvre qu'il a fait ou est en train de faire quelque chose, sans s'en rappeler) (n = 4, $\alpha = .21$);
- fugue (le sujet se découvre être quelque part, sans le souvenir de s'y être rendu) (n = 5, $\alpha = -.02$);
- comportement rapporté (il est raconté au sujet qu'il a récemment fait quelque chose, et celui-ci ne peut s'en souvenir) (n = 4, $\alpha = .64$);
- trouver des objets (le sujet découvre des objets en sa possession sans savoir d'où ils proviennent) (n = 4, $\alpha = .18$);
- preuve d'action (le sujet découvre qu'il a fait des choses, mais sans pouvoir s'en rappeler) (n = 5, $\alpha = .19$).

6.2.3 Déroulement

Les praticiens PTR recrutés proposent à leurs nouveaux patients traumatisés de participer à l'étude.

Les questionnaires existent sous deux formats : papier et électronique (en ligne).

Ceux-ci peuvent être complétés en séance avec le thérapeute ou bien de manière auto-administrée par le patient.

La participation à l'étude est anonyme. Lorsque le patient remplit les questionnaires, il est explicité que cela implique son consentement éclairé. Le patient peut arrêter à tout moment sa participation.

Les questionnaires sont remplis en deux temps :

1. Avant le début de la thérapie PTR :
 - Administration du TEC;
 - administration du MID.
2. Après la fin de la thérapie PTR :
 - Seconde administration du MID.

La récolte des données s'est effectuée entre octobre 2018 et mars 2019.

6.2.4 Plan de la recherche

Afin de vérifier notre hypothèse (diminution de la symptomatologie dissociative grâce à la thérapie PTR), nous comparons pour chaque sujet ses scores obtenus lors de la première passation du MID (avant la thérapie) avec ceux de la seconde passation du MID (après la thérapie).

Il s'agit donc d'un plan quasi-expérimental quantitatif intra-sujet à mesures répétées.

Les variables

La variable indépendante représente le moment de l'évaluation de la symptomatologie dissociative. Elle a deux modalités :

- T_0 : avant le début de la thérapie PTR ;
- T_1 : après le traitement PTR.

Les variables dépendantes sont au nombre de vingt-deux et représentent les scores pour chaque symptôme du MID.

6.3 Analyse des données

6.3.1 Méthode d'analyse

Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons soumis les scores à une ANOVA à mesures répétées à deux catégories (équivalent au test-t pour échantillons appariés).

Les tests ont été réalisés pour chacun des vingt-deux symptômes dissociatifs du MID ainsi que pour les trois catégories issues du regroupement de ces symptômes (symptômes dissociatifs généraux ; intrusions conscientes d'une autre partie de soi ; intrusions inconscientes d'une autre partie de soi, c.f section 6.2.2).

Les effets de taille ont également été calculés par des eta-carré partiels.

Les données ont été traitées au moyen du logiciel SPSS, version 25.

6.3.2 Analyses préliminaires

Écartement d'un soupçon de biais méthodologique

Parmi les six thérapeutes qui ont participé à l'étude figure le concepteur de la thérapie PTR. Celui-ci a recruté dix patients parmi les vingt-six. Nous avons voulu vérifier que la diminution des symptômes de ses patients n'était pas plus importante que celle des patients des autres thérapeutes (quelle que puisse en être la raison explicative : plus grande compétence, intérêt personnel quant à la diffusion de l'approche amenant à communiquer des résultats faussés, etc.).

Afin de tester cela, nous avons créé un facteur *thérapeute* au travers d'une variable catégorielle à deux valeurs : la première correspond au sous-groupe des patients qui ont suivi la thérapie avec le concepteur de la thérapie PTR ; la seconde correspond au sous-groupe des patients qui ont suivi la thérapie avec l'un des cinq autres thérapeutes PTR.

L'effet du facteur *thérapeute* a été testé par une MANOVA sur chacune des trois catégories de symptômes. Il en ressort que l'effet du thérapeute n'est pas significatif. En effet :

- Symptômes dissociatifs généraux : $F(1,24) = .87, p = .361$
- intrusions conscientes d'une autre partie de soi : $F(1,24) = .91, p = .350$
- intrusions inconscientes d'une autre partie de soi : $F(1,24) = .16, p = .697$

Variabilité des résultats en fonction d'autres variables

De manière exploratoire, nous avons voulu savoir si le nombre de traumas (un seul ou plusieurs), l'âge du premier trauma (enfance ou adulte), l'existence d'un trauma complexe dans l'enfance et le type de trauma (simple ou complexe) avaient une influence sur les résultats obtenus. Ces analyses n'ont pu être effectuées compte de tenu des tailles des sous-échantillons respectifs. En effet : aucun patient de l'échantillon n'a vécu qu'un seul trauma ; vingt-quatre des vingt-six patients ont vécu leur premier trauma dans l'enfance ; vingt-deux des vingt-six patients ont vécu un trauma complexe pendant l'enfance ; vingt-deux des vingt-six patients ont vécu un trauma complexe.

Le tableau de données qui aurait permis d'effectuer ces analyses a été construit sur base des réponses des sujets au questionnaire TEC. Il est repris en Annexe C.

6.3.3 Résultats

Le tableau 6.2 reprend les résultats de l'ANOVA et les tailles d'effets. Ils ont été calculés sur base des tableaux de données repris en Annexe D.

TABLE 6.2 – Présentation des résultats

Symptômes	<i>F</i> (1,25)	<i>p</i>	<i>eta</i> ²	<i>M</i> _{T0} (<i>ET</i>)	<i>M</i> _{T1} (<i>ET</i>)
<i>Symptômes dissociatifs généraux</i>	23,72	< .001	0,49	16,23 (14,42)	7,63 (9,44)
Problèmes de mémoire	11,72	.002	0,32	21,83 (20,33)	12,60 (14,05)
Dépersonnalisation	18,76	< .001	0,43	17,37 (18,71)	9,07 (14,36)
Déréalisation	9,71	.005	0,28	14,17 (22,28)	6,51 (12,71)
Flashbacks	12,33	.002	0,33	20,83 (23,27)	7,40 (12,06)
Symptômes somatoformes	10,64	.003	0,30	8,88 (10,63)	3,62 (7,53)
Transe	20,94	< .001	0,46	14,33 (12,71)	6,60 (6,73)
<i>Intrusions dissociatives conscientes</i>	13,79	.001	0,36	13,30 (14,43)	6,16 (8,97)
Voix d'enfants	4,84	.037	0,16	3,85 (8,26)	0,38 (1,96)
Lutte intérieure	13,79	.001	0,36	13,12 (15,65)	5,51 (10,56)
Voix persécutrice	2,46	.129	0,09	6,62 (14,63)	3,15 (8,68)
Parole intrusive	12,08	.002	0,33	12,44 (20,32)	3,72 (9,25)
Pensée intrusive	14,02	.001	0,36	26,92 (24,06)	14,85 (18,36)
Émotion intrusive	11,58	.002	0,32	27,69 (25,43)	14,29 (18,67)
Impulsion intrusive	1,96	.174	0,07	8,59 (17,36)	4,87 (10,88)
Comportement intrusif	10,04	.004	0,29	14,83 (16,37)	6,79 (10,46)
Perte temporaire de connaissances	7,26	.012	0,23	8,15 (13,35)	2,54 (5,70)
Altération de l'identité	8,03	.009	0,24	10,80 (13,52)	5,51 (10,57)
<i>Intrusions dissociatives inconscientes</i>	8,58	.007	0,26	6,28 (7,80)	2,64 (3,49)
Temps amnésié	8,01	.009	0,24	19,81 (21,63)	10,29 (13,97)
Revenir à soi	2,89	.102	0,10	5,39 (10,83)	1,54 (3,81)
Fugue	1,54	.226	0,06	2,38 (4,90)	1,23 (3,30)
Comportement rapporté	6,53	.017	0,21	6,44 (12,27)	1,44 (3,69)
Trouver des objets	3,96	.058	0,14	1,06 (2,47)	0,29 (1,08)
Preuve d'action	2,52	.125	0,09	2,62 (6,11)	1,08 (2,73)

En accord avec notre hypothèse, nous constatons que, pour les patients de l'échantillon, la symptomatologie dissociative en T₁ est inférieure à celle en T₀. Cet effet est à la fois significatif et de grande taille pour les trois catégories de symptômes.

Plus en détails par rapport aux symptômes de chaque catégorie :

- Symptômes dissociatifs généraux : l'effet est significatif et de grande taille pour tous les symptômes ;
- intrusions conscientes d'une autre partie de soi : l'effet n'est pas significatif pour deux symptômes : voix persécutrice et impulsion intrusive ;
- intrusions inconscientes d'une autre partie de soi : l'effet est significatif pour deux symptômes : temps amnésié et comportement rapporté.

Il est également intéressant de noter que pour l'ensemble des symptômes, l'écart-type en T_1 est plus petit qu'en T_0 .

6.4 Interprétation des résultats

6.4.1 Discussion

Conformément à notre hypothèse, l'analyse des données indique que la PTR permet de diminuer la symptomatologie dissociative de patients traumatisés adultes.

Plus spécifiquement, nos résultats concernent un échantillon de patients polytraumatisés ayant pour la plupart vécu leur premier trauma dans l'enfance et au moins un trauma complexe.

Les données suggèrent que la PTR est efficace pour l'ensemble des symptômes dissociatifs généraux (amnésie, flashbacks, dépersonnalisation, déréalisation, transe, symptômes somatoformes) que l'on peut retrouver dans tout type de traumatismes.

Les résultats indiquent également que la PTR est efficace pour les deux catégories de symptômes dissociatifs plus spécifiques pris dans leur ensemble, à savoir : les intrusions conscientes d'une autre partie de soi (que l'on retrouve plutôt dans les traumatismes complexes et dans le trouble dissociatif de l'identité) ; les intrusions inconscientes d'une autre partie de soi (que l'on retrouve dans le trouble dissociatif de l'identité).

Cependant, lorsqu'on analyse les sous-symptômes de chacune de ses deux catégories, les résultats sont plus mitigés.

En ce qui concerne les intrusions conscientes d'une autre partie de soi, on peut constater que la diminution de la symptomatologie n'est pas significative pour les symptômes : voix persécutrice et impulsion intrusive. Ceci pourrait peut-être s'expliquer par le fait que ces symptômes sont déjà peu présents chez les patients avant la thérapie PTR. De plus, en

ce qui concerne le symptôme *impulsion intrusive*, nous avons constaté que la cohérence interne des questions du MID se référant à ce symptôme n'est pas fort satisfaisante. Il se pourrait donc que ce construit ne soit pas adéquat.

Par rapport aux intrusions inconscientes d'une autre partie de soi, il faut être prudent dans la conclusion que nous avons émise sur la catégorie-même où, bien que le résultat soit significatif, il n'y a que deux des six sous-symptômes qui le sont. Ceci pourrait à nouveau s'expliquer par la rareté de ces symptômes avant le début de la thérapie ainsi que par le fait que quatre des six symptômes de cette catégorie ont une cohérence interne des questions du MID se référant à ceux-ci très insuffisante.

En reprenant la théorie développée dans les chapitres précédents, on peut également conclure que la PTR fonctionne quelle que soit la manière de catégoriser la symptomatologie dissociative : psychoforme et somatoforme ; détachement et compartementalisation ; étanchéité et porosité.

Comme nous l'avons déjà expliqué, le DSM-5 définit la dissociation comme étant "... *une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement.*" (American Psychiatric Association, 2015). L'analyse de nos données permet donc de conclure que la PTR atténue cette perturbation et cette discontinuité. Les patients de l'échantillon vont vers un rétablissement de l'intégration normale de ces fonctions. Cette amélioration, comme le montrent les effets de taille, n'est pas seulement significative, elle est également importante.

6.4.2 Limites

Les résultats de la présente recherche doivent être interprétés avec précaution pour plusieurs raisons :

La taille de l'échantillon des patients est relativement petite (vingt-six sujets) pour les analyses statistiques.

La diminution de la symptomatologie a été évaluée juste après la fin de la thérapie PTR. Nous ne savons pas s'il y a maintien de cette diminution dans le temps.

Les patients n'ont pas été sélectionnés au hasard. C'est sur base volontaire qu'ils ont décidé de participer à l'étude. Ce sont des personnes qui ont par ailleurs décidé d'entamer une thérapie PTR. Il se peut donc que ce soient des personnes particulièrement motivées à aller mieux.

Les thérapeutes PTR n'ont pas été sélectionnés au hasard non plus. C'est également sur base volontaire qu'ils ont décidé de participer à l'étude. On peut donc se questionner sur leur représentativité par rapport à l'ensemble des thérapeutes PTR. Peut-être s'agit-il de thérapeutes PTR parmi les plus motivés ou compétents en tant que thérapeutes de manière générale, venant ainsi biaiser les résultats obtenus (ne permettant pas de savoir si l'effet est dû au thérapeute ou à la technique).

L'échantillon des patients dispose de certaines caractéristiques. Il est en effet composé de personnes qui ont tous vécu plusieurs traumas, et dont la plupart ont vécu leur premier trauma dans l'enfance et au moins un trauma complexe. Cependant, la théorie que nous avons présentée a suggéré que les traumas complexes sont plus graves que les traumas simples. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que si les patients de l'échantillon n'avaient vécu qu'un seul trauma et/ou que des traumas simples, les résultats auraient également été significatifs ; ceci d'autant plus que la symptomatologie des traumatismes simples correspond à la catégorie des *symptômes dissociatifs généraux* du MID et que les résultats ont montré un effet significatif pour l'ensemble des symptômes de cette catégorie. Nous ne pouvons par contre pas généraliser nos conclusions pour la catégorie de symptômes *intrusions inconscientes d'une autre partie de soi* car, comme nous l'avons vu, elle est composée de symptômes très peu présents dans notre échantillon et dans la population de personnes traumatisées en général (il s'agit de personnes souffrant de trouble dissociatif de l'identité, ce qui est rare). Par ailleurs, il a également été expliqué que pour la majorité de ces symptômes, les questions du MID se référant à ceux-ci n'avaient pas une cohérence interne suffisante.

La thérapie PTR est une approche fondée sur plusieurs principes et techniques. En aucun cas il ne s'agit d'un protocole standard à suivre à la lettre. En ce sens, chaque thérapeute PTR a sa manière plus particulière d'y faire. Ainsi, une partie de l'effet thérapeutique obtenu pour un patient particulier est probablement dû à l'effet du thérapeute et de la relation particulière qui se développe entre eux. Cependant, les résultats sont significatifs pour l'échantillon et tous les thérapeutes PTR utilisent les concepts de base de cette approche : hypnose conversationnelle, évitement des reviviscences, utilisation paradoxale des protections dissociatives, utilisation d'un lieu ressource, reconsolidation mnésique au travers d'un scénario réparateur.

6.5 Conclusions

6.5.1 Théorie et psychothérapie de la dissociation et du traumatisme

Le développement théorique de ce travail a montré que s'effectue un rapprochement progressif entre les troubles liés au traumatismes et au stress, les troubles dissociatifs et les troubles somatoformes. En résumé, les conceptions actuelles vont vers une étiologie commune de ces troubles, à savoir les vécus traumatiques. Le mécanisme central derrière tout type de traumatisme est la dissociation. La dissociation est tout d'abord un mécanisme de défense qui se met en place automatiquement au moment du trauma lorsqu'il y a débordement des défenses du sujet. Cette dissociation devient un trouble qui perdure dans le temps lorsque l'individu reste sujet à la dissociation, ne parvenant pas à réintégrer de manière normale diverses fonctions (conscience, mémoire, identité, émotions, perceptions, etc.). La tendance actuelle en thérapie du traumatisme, dans le courant des thérapies brèves et notamment de l'hypnose ericksonienne, traite la dissociation au travers de la stabilisation du patient et d'un travail de réassociation au travers de la reconsolidation mnésique. Les résultats de notre étude sur la PTR tendent à donner du crédit à cette conception et à ce type de travail. La PTR ne s'intéresse pas aux catégories diagnostiques, mais à l'histoire traumatique du sujet ainsi qu'à sa symptomatologie dissociative. La PTR traite la dissociation.

Les résultats de notre étude sur la PTR semblent ainsi montrer que la dissociation peut être traitée grâce à la conjonction de l'approche et des techniques suivantes :

- L'évitement des reviviscences traumatiques ;
- la reconsolidation mnésique positive au travers d'un scénario réparateur imaginé et de l'installation d'un état psychophysiologique agréable venant remplacer le scénario traumatique et l'état psychophysiologique lié à celui-ci ;
- l'installation d'une transe hypnotique qui :
 - grâce aux caractéristiques d'absorption et d'attention focalisée permettent de faciliter le travail de reconsolidation mnésique et la mise en place d'un état psychophysiologique agréable ;
 - permet de vivre une expérience de transe hypnotique agréable plutôt que la transe traumatique (constitue également de la reconsolidation mnésique) ;
- le recadrage des symptômes dissociatifs incontrôlables en tant que phénomènes hypnotiques que le patient peut reproduire de manière volontaire en hypnose (constitue également de la reconsolidation mnésique) ;
- l'utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs en tant que protections dis-

- sociatives hypnotiques pour faire face au souvenir traumatique dans le travail de reconsolidation mnésique ;
- une hypnose ericksonienne conversationnelle et collaborative afin que le patient soit acteur du travail effectué et puisse vivre une expérience de maîtrise à la place du vécu d'impuissance, et que le thérapeute puisse savoir à tout moment où en est le patient au niveau de son vécu afin d'éviter les reviviscences.

6.5.2 La thérapie PTR

Compte tenu des résultats de notre étude, nous pensons que la thérapie PTR mériterait d'obtenir une plus grande visibilité et reconnaissance dans le contexte de la psychothérapie du traumatisme. Elle semble pouvoir être d'une grande utilité dans les troubles impliquant de la dissociation traumatique (ESPT simple et complexe, trouble dissociatif de l'identité et trouble somatoforme), en tout cas chez une population adulte, notre étude s'étant limitée à étudier cette population.

En ce qui concerne la pratique-même de la thérapie PTR, il a été expliqué qu'elle se base notamment sur l'utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs. À y regarder de plus près, nous pouvons constater que ces symptômes font partie de la catégorie *symptômes dissociatifs généraux* du MID. Or, le MID dispose de deux autres catégories de symptômes, certes plus rares, mais dont certains étaient présents dans l'échantillon. Il s'agit de symptômes que l'on retrouve plutôt chez des personnes souffrant de traumatisme complexe et de trouble dissociatif de l'identité. Il pourrait dès lors également être utile d'utiliser ces symptômes de manière paradoxale au sein de la thérapie.

6.5.3 Perspectives

Il serait utile de poursuivre la recherche actuelle afin de récolter un plus grand nombre de données (un plus grand nombre de patients et de thérapeutes PTR) et ainsi pouvoir effectuer des statistiques plus puissantes ainsi que vérifier des hypothèses supplémentaires. Il pourrait par exemple être intéressant de savoir si les résultats obtenus varient en fonction du nombre de traumas vécus, de l'âge de la personne au moment de son premier trauma, du type de trauma vécu. Les patients pourraient également être recontactés trois mois après la fin de leur thérapie pour compléter une troisième fois le MID, afin de permettre d'évaluer le maintien des résultats dans le temps.

Actuellement, nous pouvons dire que la thérapie PTR fonctionne au travers de la conjonc-

tion de divers principes et techniques (l'évitement des reviviscences, l'hypnose conversationnelle et collaborative, les caractéristiques de la transe hypnotique, la restructuration mnésique au travers de scénarii réparateurs, l'utilisation paradoxale de la symptomatologie dissociative, etc.). Il serait intéressant de s'intéresser de plus près à ces principes et techniques, en les isolant, afin de mieux comprendre ce qui est opérant. Une même technique est par ailleurs utilisée de diverses manières en fonction des propositions et de la créativité des patients et des thérapeutes. Par exemple, le scénario imaginaire réparateur utilisé en hypnose peut prendre une infinité de formes, notamment en fonction des ressources utilisées. Un travail exploratoire de recensement et de comparaison de ces diverses formes pourrait être envisagé.

L'état des patients a été évalué au travers du questionnaire MID, qui n'évalue que la dissociation. Une étude incluant d'autres questionnaires, par exemple sur la qualité de vie et l'anxio-dépression, pourrait également être réalisée. Par ailleurs, il serait intéressant de pouvoir objectiver les résultats au travers d'indicateurs neurologiques et physiologiques, tels la variabilité cardiaque, le cortisol, le fonctionnement cortico-limbique (contrôle ascendant/descendant).

Il a été expliqué que la PTR traite la dissociation traumatique de la même manière, quel que soit le diagnostic de la personne qui consulte (ESTP simple, ESPT complexe, trouble dissociatif de l'identité, trouble somatoforme, etc.). Bien que les données analysées laissent penser que la PTR est adéquate dans toute situation de dissociation traumatique, il serait intéressant de vérifier ces résultats auprès de patients dont le diagnostic a été établi.

Le recherche s'est limitée à un public d'adultes. Cependant, la PTR est également utilisée auprès d'enfants traumatisés. Ainsi, une étude auprès de ce public pourrait également être réalisée.

Enfin, la PTR pourrait être comparée à d'autres approches thérapeutiques des traumatismes.

Références

- (s. d.).
- Alford, C. (2015). *Whatever happened to desnos*. Consulté le 14 avril 2018, sur <http://www.traumatheory.com/whatever-happened-to-desnos/>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème édition)*. Arlington, VA : Elsevier Masson.
- Baril, D. (2003). Le cerveau sous hypnose. *iForum*, 37(18). Consulté sur <http://www.iforum.umontreal.ca/Forum/ArchivesForum/2002-2003/030127/article1962.htm>
- Barois, C. (2016). Pleine conscience, trauma et troubles dissociatifs. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 180-189). Malakoff : Dunod.
- Bioy, A. (2013). *Découvrir l'hypnose. Pratiques, méthodes et techniques*. Paris : Inter-Éditions.
- Boon, S., & van der Hart, O. (2016). Évaluation et diagnostic des troubles dissociatifs du DSM-5. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 36-51). Malakoff : Dunod.
- Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Resick, P., . . . Wolf, E. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature : Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*(25), 241-251. doi: 10.1002/jts.21699
- Brand, B., Bremner, J., Lanius, R., Loewenstein, R., Schmahl, C., Spiegel, D., & Vermetten, E. (2010). Emotion Modulation in PTSD : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *Am J Psychiatry*, 167, 640-657. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Brand, B., Carlson, E., Dalenberg, C., Dorahy, M., Gleaves, D., Loewenstein, R., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the Evidence for the Trauma and Fantasy Models of Dissociation. *Psychological Bulletin, American Psychological Association*, 138(3), 550-588. doi: 10.1037/a0027447
- Brand, B., Lanius, R., Loewenstein, R., Spiegel, D., & Vermetten, E. (2012). Where Are We Going ? An Update on Assessment, Treatment, and Neurobiological Research

- in Dissociative Disorders as We Move Toward the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 9-31. doi: 10.1080/15299732.2011.620687
- Brassine, G. (2010). *Les règles d'or de la psychothérapie du trauma réassociative*. Consulté le 8 mars 2018, sur http://www.psychosolutions.be/IMG/pdf/PSYCHOTHERAPIE_DU_TRAUMA_REASSOCIATIVE.pdf
- Brassine, G. (2014a). *Hypnose conversationnelle stratégique PTR*. Syllabus, Institut Milton Hyland Erickson de Belgique, La Hulpe.
- Brassine, G. (2014b). *Hypnose préopératoire pour faciliter la guérison*. Syllabus, Institut Milton Hyland Erickson de Belgique, La Hulpe.
- Brown, R., Fearon, R., Frasquilho, F., Holmes, E., Hunter, E., Mansell, W., & Oakley, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006
- Carlson, E., & Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation : Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16-27. Consulté le 5 mai 2018, sur https://www.researchgate.net/publication/256295308_An_update_of_the_Dissociative_Experience_Scale
- Carlier, L. (2016). Neurobiologie de la dissociation. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 16-26). Malakoff : Dunod.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNTRL]. (n.d). *Ressource*. Consulté le 5 mai 2018, sur <http://www.cnrtl.fr/definition/ressource>
- Chambers, R., Dorahy, M., Middleton, W., Seager, L., & Williams, M. (2016). Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(2), 223-236. doi: 10.1080/15299732.2015.1077916
- Cheek, D., & Rossi, E. (1988). *Mind body therapy / Ideodynamic healing in hypnotherapy*. London, New York : WW Norton.
- Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales médico-psychologiques*, 168(4), 311-319. doi: 10.1016/j.amp.2010.03.013
- Coy, D., Dell, P., & Madere, J. (2017). An Interpretive Manual for the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID), second edition. Consulté le 3 mai 2018, sur <http://www.mid-assessment.com>
- Crocq, L. (2014). Stress et trauma. In L. Crocq (Ed.), *Traumatismes psychiques. Prises en charge psychologique des victimes* (p. 7-16). Paris : Elsevier Masson SAS.
- Damasio, A. R. (2003). *Spinoza avait raison. Le cerveau de la tristesse, de la joie et des émotions*. Paris : Odile Jacob.

- De Soir, E., Matthess, H., Nijenhuis, E., Steele, K., & van der Hart, O. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Stress et Trauma*, 6(3), 125-139. Consulté sur http://www.erikdesoir.be/files/dissociation_structurelle.pdf
- Dell, P. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) : A Comprehensive Measure of Pathological Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77-106. doi: 10.1300/J229v07n02_06
- Dellucci, H. (2016). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 52-77). Malakoff : Dunod.
- Ford, J., Laurence, E., van der Hart, O., & van Dijke, A. (2015). Association of Childhood Complex Trauma and Dissociation With Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(4), 428-441. doi: 10.1080/15299732.2015.1016253
- Guelfi, J.-D. (2016). Les troubles dissociatifs dans le DSM-5. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 27-35). Malakoff : Dunod.
- Halfon, Y. (2015). L'hypnose et ses inductions. *Hypnose et thérapies brèves, Hors-série* 9, 15-24.
- Hart, O., Kruger, K., & Nijenhuis, E. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experience Checklist (TEC) : First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 200-210. doi: 10.1002/cpp.332
- Havens, R. (2015). *La sagesse de Milton H. Erickson*. Bruxelles : Satas.
- Heide, K. M., & Solomon, E. P. (1997). *Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma*. Consulté sur <http://kheide.myweb.usf.edu/file/journal/TraumaSurvivors.pdf>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. Consulté sur <https://www.myptsd.com/c/gallery/-pdf/1-90.pdf>
- Hopchet, M. (2016). La recherche sur les traitements pour les patients souffrant de troubles dissociatifs complexes. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 230-239). Malakoff : Dunod.
- Jaque, V., & Thomson, P. (2018). Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2), 143-161. doi: 10.1080/15299732.2017.1329770
- Josse, E. (2007). *Le traumatisme psychique. Quelques repères notionnels*. La Hulpe. Consulté sur http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/reperes_trauma.pdf

- Josse, E. (2013a). *Le stress traumatique, c'est quoi ?* La Hulpe. Consulté sur http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/4.stress_traumatique.pdf
- Josse, E. (2013b). *État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ?* La Hulpe. Consulté sur http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_dsm_ptsd_asd.pdf
- Josse, E. (2014). *Les réactions dissociatives péri-traumatiques*. Consulté sur http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/dissociation_reaction.pdf
- Josse, E. (2016). Les scénarii réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 156-171). Malakoff : Dunod.
- Lanius, R., Vermetten, E., Loewenstein, R., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Larousse. (n.d). *Ressources*. Consulté le 5 mai 2018, sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressources/68739?q=ressources#67987>
- Le Doze, F. (2016). Les personnalités dissociatives : Particularités de l'Internal Family Systems. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 143-155). Malakoff : Dunod.
- Levine, P. (2016). *Trauma et Mémoire. Un guide pratique pour comprendre et travailler sur le souvenir traumatique*. Malakoff : Dunod.
- Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma : Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(3), 304-318. doi: 10.1080/15299732.2017.1295392
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One : Assessment (Lesson 25). *Directions in Psychiatry*, 21.
- Melchior, T. (1995). *Hypnose et suggestion : les Saturnales de l'esprit*. Consulté le 6 mars 2018, sur <http://www.thierrymelchior.net/saturnales.html>
- Melchior, T. (1996). *L'inconscient existe-t-il ? (Les opérateurs métonymiques)*. Consulté le 6 mars 2018, sur <http://www.thierrymelchior.net/inconscient.html>
- Melchior, T. (1998a). *Créer le réel : Hypnose et thérapie*. Paris : Le Seuil.
- Melchior, T. (1998b). *Se non è vero ... L'approche communicationnelle et générative*. Consulté le 5 mars 2018, sur <http://www.thierrymelchior.net/nonvero.html>

- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Paris : Elsevier Masson SAS.
- Nijenhuis, E. (2001). Somatoform Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 7-32. doi: 10.1300/J229v01n04_02
- Nijenhuis, E. (2010). The Scoring and Interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 24-28. doi: 10.1007/BF03379561
- Nijenhuis, E., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma : A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. doi: 10.1080/15299732.2011.570592
- Nijenhuis, E., & van der Hart, O. (2011). Defining Dissociation in Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 469-473. doi: 10.1080/15299732.2011.570599
- Pelcovitz, D., Roth, S., Spinazzola, J., Sunday, S., & van der Kolk, B. (2005). Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- PsychoMédia. (2013a). *DSM-5 : les troubles liés aux traumatismes et au stress (différences d'avec le DSM-IV)*. Consulté le 20 février 2018, sur <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-04-23/troubles-stress-traumatisme-differences-dsm-iv>
- PsychoMédia. (2013b). *DSM-5 : une catégorie controversée de troubles de symptôme somatique remplace les troubles somatoformes*. Consulté le 15 mars 2018, sur <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2013-02-18/dsm-5-troubles-symptomes-somatiques>
- PsychoMédia. (2013c). *Le trouble réactif de l'attachement et le trouble d'engagement social désinhibé*. Consulté le 20 février 2018, sur <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-04-23/troubles-stress-traumatisme-differences-dsm-iv>
- PsychoMédia. (2017). *Trouble de l'adaptation : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5)*. Consulté le 23 février 2018, sur <http://www.psychomedia.qc.ca/diagnostics/qu-est-ce-que-le-trouble-de-l-adaptation>
- Putnam, F. (1989). Pierre Janet and Modern Views of Dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 413-429. doi: 10.1002/jts.2490020406
- Roberge, P. (2011). Exploration du concept de traumatisme complexe. *Journal International De Victimologie*, 9(2).
- Rossi, E. L. (2002). *Psychobiologie de la guérison. La communication corps/esprit au service de la santé*. Barret-sur-Méouge : Le Souffle d'Or.
- Rothschild, B. (2008). *Le corps se souvient. Mémoire somatique et traitement du trauma*. Bruxelles : De Boeck.

- Roustant, F. (2008). *Savoir attendre : Pour que la vie change*. Paris : Odile Jacob.
- Salmona, M. (n.da). *Psychotraumatismes*. Consulté le 25 février 2018, sur <http://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
- Salmona, M. (n.db). *Psychotraumatismes*. Consulté le 10 mars 2018, sur <http://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
- Schittecate, M. (2016). Traitement de la dissociation post-traumatique selon la Somatic Experiencing (SE). In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 122-130). Malakoff : Dunod.
- Simon, V. (2016). Hypnose médicale ericksonienne et dissociation traumatique dans l'agression sexuelle. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 172-179). Malakoff : Dunod.
- Smith, J. (2016a). Dissociation et traitement des carences et traumatismes précoces. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 104-121). Malakoff : Dunod.
- Smith, J. (2016b). Dissociation structurelle : repérages. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 2-15). Malakoff : Dunod.
- Smith, J. (Ed.). (2016c). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Malakoff : Dunod.
- Spiegel, D. (2010). Dissociation in the DSM5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 261-265. doi: 10.1080/15299731003780788
- Stengers, I. (2002). *L'hypnose entre magie et science*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil.
- Szepielak, D. (2009). De la polémique à la dialectique sur le trauma. *Le journal des psychologues*, 264(1), 24-24. doi: 10.3917/jdp.264.0024
- Terr, L. (1991). Childhood traumas : An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. Consulté sur <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.6917&rep=rep1&type=pdf>
- Van der Kolk, B. A. (n.d). *Developmental Trauma Disorder : Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. Consulté sur http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/Preprint_Dev_Trauma_Disorder.pdf
- Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., Verkes, R., & Vertommen, H. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q) : Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 21-27. doi: 10.1002/cpp.5640010105
- Şar, V. (2014). The Many Faces of Dissociation : Opportunities for Innovative Research in Psychiatry. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 12(3), 171-179.

doi: 10.9758/cpn.2014.12.3.171

Annexes (électroniques)

Annexe A

Questionnaire TEC

Cette annexe reprend la version papier du questionnaire TEC (Traumatic Experiences Checklist) en langue française.

T. E. C.

(Traumatic Experiences Checklist)

Les gens peuvent vivre toutes sortes d'expériences traumatiques durant leur vie. Nous aimerions savoir : 1) si vous avez déjà vécu un des 29 événements mentionnés 2) quel âge aviez-vous lorsque c'est arrivé et 3) quel effet ont eu sur vous ces expériences

- A) Dans la première colonne (c'est-à-dire, « *Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?* »), indiquez si vous avez vécu chacune de ces situations en entourant OUI ou NON.
- B) Pour chaque situation où vous avez entouré OUI, notez dans la deuxième colonne (c'est-à-dire, *Âge*) votre âge lorsque c'est arrivé.

Si c'est arrivé à plusieurs reprises, notez TOUS les âges auxquels cela vous est arrivé.

Si cela s'est passé pendant plusieurs années, (par exemple de 7 à 12 ans), notez la tranche d'âge (c'est-à-dire, de 7-12 ans).

- C) Dans la dernière colonne (c'est-à-dire, « *Quel effet cela a-t-il eu sur vous ?* »), indiquez l'EFFET (en entourant le chiffre approprié) : 1, 2, 3, 4 ou 5.

- 1 = Aucun
 2 = Peu d'effet
 3 = Effet modéré
 4 = Effet important
 5 = Effet extrêmement important

Exemple :

	Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?		Âge	Quel effet cela a-t-il eu sur vous ?				
	Non	Oui		1	2	3	4	5
Etre sujet de moqueries			_____					

Merci pour votre coopération.

	Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?		Âge	Quel effet cela a-t-il eu sur vous ?				
	NON	OUI		1	2	3	4	5
1. Vous occupez de vos parents et/ou frères et sœurs lorsque vous étiez enfant.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
2. Problèmes familiaux (par exemple, parent avec un problème d'alcool ou psychiatrique, pauvreté)	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
3. Perte d'un membre de votre famille (frère, sœur, parent) lorsque vous étiez ENFANT.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
4. Perte d'un membre de votre famille (conjoint ou enfant) à l'âge ADULTE.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
5. Blessures corporelles graves (par exemple, perte d'un membre, mutilations, brûlure).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
6. Vie menacée par une maladie, une opération ou un accident.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
7. Divorce de vos parents.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
8. Votre propre divorce.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
9. Etre menacé de mort par quelqu'un (par exemple lors une crime).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
10. Douleur intense (par exemple suite à une blessure ou à une opération chirurgicale).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
11. Expériences traumatiques en temps de guerre (par exemple emprisonnement, perte d'un membre de la famille, privations, blessures).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
12. Victime de guerre de seconde génération (expériences de guerre par vos parents ou par des proches).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5

	Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?		Âge	Quel effet cela a-t-il eu sur vous ? 1 = Aucun 2 = Peu d'effet 3 = Effet modéré 4 = Effet important 5 = Effet extrêmement important				
13. Témoin de traumatismes vécus par d'autres personnes.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
14. Négligence émotionnelle par vos parents, frères/sœurs (par exemple être laissé seul, avoir manqué d'affection).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
15. Négligence émotionnelle par des membres plus éloignés de votre famille (par exemple oncles, tantes, neveux, nièces, grands-parents).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
16. Négligence émotionnelle par des personnes ne faisant pas partie de votre famille (par exemple voisins, amis, professeurs, beaux-parents).	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
17. Maltraitance émotionnelle (par exemple être dénigré, faire l'objet de moqueries, se faire menacer verbalement, être puni injustement) par vos parents, frères ou sœurs.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
18. Maltraitance émotionnelle par des membres plus éloignés de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
19. Maltraitance émotionnelle par des personnes ne faisant pas partie de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
20. Maltraitance physique (recevoir des coups, être torturé, blessé) par vos parents, frères ou sœurs.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
21. Maltraitance physique par des membres plus éloignés de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
22. Maltraitance physique par des personnes ne faisant pas partie de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5

	Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?		Âge	Quel effet cela a-t-il eu sur vous ?				
	NON	OUI		1	2	3	4	5
23. Punitions bizarres ou inhabituelles. Si cela vous est déjà arrivé, décrivez-les s.v.p.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
24. Harcèlement sexuel (actes de nature sexuel qui n'impliquent pas un contact physique) par vos parents, frères ou sœurs.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
25. Harcèlement sexuel par des membres plus éloignés de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
26. Harcèlement sexuel par des personnes ne faisant pas partie de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
27. Abus sexuel (actes sexuels non volontaires impliquant un contact physique) par vos parents, frères ou sœurs.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
28. Abus sexuel par des membres plus éloignés de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5
29. Abus sexuel par des personnes ne faisant pas partie de votre famille.	NON	OUI	_____	1	2	3	4	5

30. Si vous avez été maltraité ou abusé, par combien de personnes l'avez-vous été ?

A) Négligence émotionnelle (si vous avez répondu OUI à une des questions 14-16)

Nombre de personnes :

B) Maltraitance émotionnelle (si vous avez répondu OUI à une des questions 17-19)

Nombre de personnes :

C) Maltraitance physique (si vous avez répondu OUI à une des questions 20-23)

Nombre de personnes :

D) Harcèlement sexuel (si vous avez répondu OUI à une des questions 24-26)

Nombre de personnes :

E) Abus sexuel (si vous avez répondu OUI à une des questions 27-29)

Nombre de personnes :

31. Décrivez S.V.P les relations avec chaque personne que vous avez mentionnée dans la question 30 (par exemple, parents, frère, enseignants, étrangers etc.) et précisez si cette personne était au moins âgée de plus de 4 ans que vous à la période lorsque cette expérience a eu lieu.

Par exemple, écrire « **ami (-)** » si cet ami avait moins de 4 ans de plus que vous. Écrire « **oncle (+)** » si cet oncle avait plus de 4 ans de plus que vous.

A) Négligence émotionnelle.....

.....

B) Maltraitance émotionnelle.....

.....

C) Maltraitance physique

.....

D) Harcèlement sexuel

.....

E) Abus sexuel.....

.....

Annexe B

Questionnaire MID

Cette annexe reprend la version papier du questionnaire MID (Multidimensional Inventory of Dissociation) en langue française.

Il s'agit de notre version francophone, traduite à partir de la version originale anglophone. Une version francophone non validée existe déjà mais ne nous semblait pas assez précise.

Nous renvoyons le lecteur à la bibliographie pour la version originale en anglais et la version française non-utilisée.

Numéro de la question	Réponse	Consignes: À quelle fréquence faites-vous l'expérience des choses suivantes lorsque vous n'êtes pas sous l'influence d'alcool ou de drogues ? Choisissez S.V.P le nombre qui vous correspond le mieux. Choisissez "0" si cela ne vous est jamais arrivé; Choisissez "10" si cela arrive tout le temps. Si cela arrive parfois, mais pas tout le temps, choisissez un nombre compris entre 1 et 9 qui décrit au mieux la fréquence à laquelle cela arrive.										
		Jamais									Toujours	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
# de dossier												
Date passation												
Num passation (1ère, 2ème ou 3ème)												
	Commentaires éventuels :											
1		En regardant la télévision, vous rendre compte que vous pensez à quelque chose d'autre.										
2		Oublier ce que vous avez fait plus tôt dans la journée.										
3		(Se) sentir comme si votre corps (ou certaines parties de celui-ci) n'était pas réel.										
4		Avoir une émotion (par ex. : peur, tristesse, colère, bonheur) que vous ressentez comme si elle n'était pas la vôtre.										
5		Avoir soudain l'impression que les choses qui vous entourent sont étranges.										
6		Entendre la voix d'un enfant dans votre tête.										
7		Avoir mal à vos organes génitaux (sans raison médicale connue).										
8		Avoir une autre personnalité qui parfois "prend le dessus".										
9		Vous entendre parler, mais ne pas sentir que vous choisissez les mots qui sont en train de sortir de votre bouche.										
10		Oublier de faire les courses que vous aviez prévu de faire.										
11		Sentir que votre esprit ou corps est pris en main par une personne célèbre (par ex. : Johnny, Jésus, Napoléon, le Roi, ...).										
12		Essayer de rendre quelqu'un jaloux.										

13		Avoir le sentiment que des amis proches, des membres de la famille ou votre propre maison vous semblent étranges ou étrangers.
14		Revivre un événement traumatique si vivement que vous perdez complètement le contact avec l'endroit où vous êtes en réalité (c'est-à-dire, vous pensez que vous êtes "de retour là-bas et à ce moment-là").
15		Avoir des difficultés à avaler (sans cause médicale connue).
16		Avoir comme des épisodes de transe où vous regardez dans le vide et perdez la conscience de ce qui se passe autour de vous.
17		Être perplexe face à ce que vous faites ou dites.
18		Voir des images d'un enfant qui semble "vivre" dans votre tête.
19		On vous raconte des choses que vous avez récemment faites, mais dont vous n'avez absolument aucun souvenir de les avoir faites.
20		Avoir des pensées qui vous sont imposées ou s'imposent à votre esprit.
21		Prétendre que quelque chose de bouleversant vous est arrivé pour que d'autres se préoccupent de vous (par ex. : avoir été violé, combat de guerre, maltraitance physique ou émotionnelle, abus sexuel, etc.).
22		Avoir de fortes pensées dans la tête qui "viennent de nulle part".
23		Avoir des moments d'absence ou des trous de mémoire.
24		Ne pas se souvenir de ce que vous avez mangé lors du dernier repas --- ou même si vous avez ou non mangé.
25		Avoir le sentiment que vous n'êtes que partiellement "là" (ou pas vraiment "là" du tout).
26		Avoir l'esprit contrôlé par une force extérieure (par ex. : des micro-ondes, les services secrets, le rayonnement cosmique, etc.)
27		Ne pas du tout avoir de sensations dans votre corps (sans cause médicale connue).
28		Se sentir divisé, comme si vous avez plusieurs parties ou côtés indépendants les uns des autres.
29		Personne ne se soucie de vous.
30		Entendre des voix dans votre tête qui se disputent ou discutent entre elles.
31		"Perdre" un bout de temps et avoir un blanc total par rapport à celui-ci.
32		Ressentir de manière intense de la douleur émotionnelle et de la blessure qui viennent de nulle part.
33		Pendant que vous lisez, vous vous rendez compte que vous pensez à quelque chose d'autre.
34		Avoir de fortes impulsions à faire quelque chose, mais vous ne ressentez pas que ces impulsions vous appartiennent.
35		Vous sentir vide et en souffrance quand vous êtes seul.
36		Se sentir comme une machine ou pas vraiment humain.
37		Des choses autour de vous vous semblent irréelles.
38		Prétendre que vous avez une maladie physique pour recevoir de la sympathie (par ex. : la grippe, le cancer, mal de tête, subir une opération, etc.).
39		Ne pas être capable de voir pendant un moment (comme si vous étiez aveugle) (sans cause médicale connue).

40		Avoir le sentiment que la couleur de votre corps est en train de changer.
41		Vous sentir divisé ou partagé à l'intérieur.
42		Entendre une voix dans votre tête qui essaie de vous dire ce que vous devez faire.
43		Trouver des choses chez vous (par ex. : des chaussures, vêtements, jouets, articles de toilettes) que vous ne vous souvenez pas avoir achetées.
44		Vous sentir très détaché de votre comportement pendant que vous effectuez les activités de la vie quotidienne.
45		Vous sentir fou.
46		Être incapable de vous souvenir qui vous êtes.
47		Parler à d'autres de la façon dont vous avez été blessée ou maltraitée.
48		Être dans un endroit familier, mais le trouver étrange et inconnu.
49		Vous sentir incertain de qui vous êtes vraiment.
50		Vous retrouver au milieu d'une discussion avec quelqu'un et n'avoir aucune idée de ce que vous et cette personne étiez en train de discuter --- vous ne saviez même pas que vous aviez une discussion.
51		Parler à d'autres de traumatismes très sévères que vous avez vécus.
52		Vos pensées sont diffusées de sorte que d'autres gens peuvent en fait les entendre.
53		On vous dit qu'il y a eu des moments où vous n'avez pas reconnu des amis ou membres de votre famille (par ex. : demander à votre partenaire ou ami "Qui es-tu ?").
54		Être rejeté par les autres.
55		Ressentir la présence d'un vieil homme à l'intérieur de vous, qui veut lire son journal ou aller aux toilettes.
56		Être incapable de vous souvenir de votre nom, âge ou adresse.
57		Vos humeurs changent si rapidement que vous ne savez pas comment vous allez vous sentir d'une minute à l'autre.
58		Ressentir que d'autres gens, objets ou le monde environnant ne sont pas réels.
59		Être en colère que votre vie est foutue.
60		Être paralysé ou incapable de bouger (sans raison médicale connue).
61		Entendre une voix dans votre tête et, en même temps, voir une image de cette "personne" ou de cette voix.
62		Personne ne comprend à quel point vous êtes blessé.
63		Exagérer les symptômes d'une maladie physique (que vous avez réellement) dans le but de recevoir de la sympathie ou de l'attention (par ex. : grippe, rhume, mal de tête, fièvre, douleur, etc.).
64		Vous retrouver couché dans le lit (sur le divan, etc.) sans vous souvenir comment vous êtes arrivé là.
65		Être impulsif.
66		Être tellement dérangé par des flashbacks (souvenirs vivaces) qu'il est difficile de sortir du lit et faire face à la journée.
67		Ne pas se souvenir de grandes parties de votre enfance après l'âge de 5 ans.
68		Ne pas être capable de garder des amis.

69		Vous sentir déconnecté de tout ce qui vous entoure.
70		Faire des entorses à la vérité pour attirer l'attention ou la préoccupation de votre médecin (ou thérapeute).
71		Ne pas être capable d'entendre pendant un moment (comme si vous étiez sourd) (sans raison médicale connue).
72		Sentir que vous êtes souvent différent de vous-même.
73		Souffrir de ne jamais être quelqu'un de réellement important pour autrui.
74		"Se réveiller" soudainement en plein milieu d'une activité (que vous étiez complètement inconscient d'être en train de faire) (par ex. : aspirer le tapis, préparer à manger, donner une fessée aux enfants, conduire, etc.)
75		Vous blesser de sorte que quelqu'un se préoccupe ou s'intéresse à vous.
76		Trouver des choses dans votre sac de courses dont vous ne vous rappelez pas avoir achetées.
77		Les gens pensent que vous vivez "dans votre monde".
78		Avoir le sentiment que des morceaux de votre passé manquent.
79		Immédiatement oublier ce que les gens vous disent.
80		Ne pas être certain de ce qui est réel (et ce qui est irréel) dans votre environnement.
81		Être tellement dérangé par des flashbacks (souvenirs vivaces) qu'il est difficile de fonctionner au travail (ou il est difficile de mener à bien les responsabilités quotidiennes).
82		Avoir des difficultés à marcher (sans raison médicale connue).
83		Alterner de manière répétée entre le fait de se sentir comme un adulte et se sentir comme un enfant.
84		Entendre une voix dans votre tête qui veut que vous vous fassiez du mal.
85		Quand quelque chose de bouleversant arrive, vous vous mettez en état d'absence et un bout de temps s'écoule inconsciemment.
86		Après un cauchemar, vous vous réveillez et ne vous trouvez pas dans votre lit (par ex. : sur le sol, dans l'armoire, etc.)
87		Ne pas pouvoir se rappeler quelque chose, mais sentir que c'est sur "le bout de la langue".
88		Prendre des décisions trop rapidement.
89		Se sentir fort confus par rapport à qui vous êtes réellement.
90		Avoir le sentiment que des choses importantes vous sont arrivées plus tôt dans votre vite, mais sans pouvoir s'en souvenir.
91		Être en dehors de votre corps, vous regardant vous-même comme si vous étiez une autre personne.
92		Avoir l'impression que vous regardez le monde à travers un brouillard, de sorte que les gens et les objets semblent distants ou troubles.
93		Voir ou parler à des gens qui ont le même trouble (problème) que vous.
94		Avoir des crises dont votre médecin ne peut trouver la cause.
95		Entrer tellement (ou si longtemps) en transe que cela interfère avec vos activités et responsabilités quotidiennes.
96		Penser à combien vous avez reçu peu d'attention de la part de vos parents.

97		Entendre beaucoup de bruit ou de hurlements dans votre tête.
98		Entendre des voix qui viennent d'endroits étranges (par ex. : de l'air conditionné, de l'ordinateur, des murs, etc.) qui essaient de vous dire ce que vous devez faire.
99		Des mots sortent directement de votre bouche comme s'ils n'étaient pas sous votre contrôle.
100		Écouter une personne et réaliser que vous n'avez pas entendu une partie de ce qu'elle a dit.
101		Soudainement, avoir des émotions fortes de colère qui semblent venir de nulle part.
102		Sentir qu'il y a de gros trous dans votre mémoire.
103		Ressentir les choses comme si vous étiez deux personnes différentes --- l'une qui a affaire à la vie quotidienne et l'autre qui regarde seulement.
104		Avoir l'impression que votre environnement (ou les autres gens) sont en train de s'effacer ou de disparaître.
105		Avoir des flashbacks (souvenirs vivaces) traumatiques qui vous donnent envie de vous blesser.
106		Être en transe pendant des heures.
107		Avoir le sentiment qu'une partie de vos comportements n'est pas réellement vôtre.
108		Constater que quelque chose est fait (par ex. : la pelouse tondue, le cuisine peinte, une tâche au travail réalisée, etc.) que vous ne vous rappelez pas avoir fait --- mais savoir que vous devez être la personne qui l'a fait.
109		Oublier où vous avez mis quelque chose.
110		Faire des rêves dont vous ne vous rappelez pas le lendemain.
111		Vouloir désespérément parler à quelqu'un de votre douleur ou détresse.
112		Ressentir la présence dans votre tête d'une partie en colère qui essaie de contrôler ce que vous faites ou dites.
113		Votre esprit se bloque ou devient complètement vide.
114		Sentir comme si le temps ralentissait ou s'arrêtait.
115		Des mauvais souvenirs vous parviennent à l'esprit et vous ne pouvez pas vous en débarrasser.
116		Tomber en transe sans même réaliser que ça se produit.
117		Des mots sortent de votre bouche, mais vous ne les avez pas dit --- vous ne savez pas d'où sont venus ces mots.
118		Entendre des voix crier ou pleurer dans votre tête.
119		Vous vous retrouvez soudainement à un endroit et vous n'arrivez pas à vous rappeler ce que vous étiez en train de faire avant ça.
120		Quelque chose dans votre esprit interfère quand vous pensez à des choses auxquelles vous "ne devriez pas" penser.
121		Rêvasser (rêverie diurne).
122		Vous ne pouvez vous souvenir que très peu de votre passé.
123		Ne pas vous reconnaître dans le miroir.
124		Se sentir blessé.
125		Revivre des <i>sensations corporelles</i> d'un événement traumatique du passé.

126		Une partie de votre corps (par ex. : bras, jambe, tête, etc.) semble disparaître et ne réapparaît pas pendant plusieurs jours.
127		Quand quelque chose de bouleversant commence à se produire, vous vous "évadez" dans votre esprit.
128		Parler à des gens de vos troubles (problèmes) psychologiques.
129		Quand vous êtes en colère, faire ou dire des choses que vous ne vous rappelez pas (après être redevenu calme).
130		Exagérer les symptômes d'une maladie psychologique (que vous avez réellement) dans le but d'obtenir de la sympathie ou de l'attention (par ex. : dépression, boulimie, trouble de stress post-traumatique, trous de mémoire, être suicidaire, etc.).
131		Être capable de faire quelque chose réellement bien une fois --- et ensuite ne plus être capable de le faire du tout une autre fois.
132		Être incapable de vous souvenir de quelque chose --- puis, quelque chose vous rafraîchit la mémoire et vous vous en rappelez.
133		Sentir comme si vous étiez "à l'intérieur" de vous-mêmes, en train de regarder ce que vous faites.
134		Ne pas pouvoir vous rappeler d'événements importants de votre vie (par ex. : le jour de votre mariage, la naissance de votre enfant, les funérailles de votre grand-mère, votre dernière session d'examens, etc.).
135		Vous sentir distant ou éloigné de vos pensées et actes.
136		Les choses autour de vous semblent changer de taille ou de forme.
137		Avoir des flashbacks (souvenirs vivaces) traumatiques qui vous donnent envie de mourir.
138		Sentir que vous avez plusieurs personnalités.
139		Être dérangé par la fréquence de vos transes.
140		Entendre une voix dans votre tête qui vous insulte (par ex. : mauviette, imbécile, pute, salope, etc.)
141		Réaliser soudainement que des heures sont passées et ne pas savoir ce que vous avez fait pendant ce temps.
142		Devoir retourner en arrière pour corriger des erreurs que vous avez faites.
143		Une mauvaise mémoire qui vous cause de sérieuses difficultés.
144		Sentir que votre vue est soudainement plus nette ou que des couleurs vous semblent soudainement plus vives ou plus intenses.
145		Revivre un trauma du passé si vivement que vous le voyez, l'entendez, le sentez, le ressentez, en percevez les odeurs, etc.
146		Vos pensées et émotions sont si changeantes que vous ne vous comprenez pas vous-mêmes.
147		Entrer en transe plusieurs jour d'affilée.
148		Ne pas se sentir unifié, ne pas se sentir entier.
149		Avoir d'autres personnes (ou parties) en vous qui ont leurs propres noms.
150		Découvrir que vous avez changé votre apparence (par ex. : coupé vos cheveux, changé votre coiffure, changé vos habits, mis des cosmétiques, etc.) sans avoir le souvenir de l'avoir fait.

151		Avoir des pensées qui vous viennent à l'esprit et que vous ne pouvez pas arrêter.
152		On vous raconte des choses que vous avez faites --- que vous ne vous rappelez pas avoir faites et que vous ne feriez jamais (par ex. : insulter grossièrement, être furieux, se comporter comme un petit enfant, se comporter de manière très sexuelle).
153		Avoir des épisodes de transe pendant lesquels vous vous voyez être enlevé par des extra-terrestres qui font des expériences sur vous dans un vaisseau.
154		Être dérangé ou contrarié par tout ce que vous oubliez.
155		Exagérer quelque chose de mal qui vous est un jour arrivé (par ex. : viol, combat militaire, abus physique ou émotionnel, abus sexuel, maltraitance de la part de votre conjoint, etc.) afin d'obtenir de l'attention ou de la sympathie.
156		Revivre un événement traumatique de manière si complète que vous pensez qu'une personne actuelle est en fait la personne du trauma (par ex. : être à la maison avec votre partenaire, soudainement revivre le fait d'être violé par votre oncle alcoolique, et <i>penser réellement</i> que votre partenaire est votre oncle --- c'est-à-dire que, vous voyez votre oncle en face de vous à la place de voir votre partenaire).
157		Ne penser à rien.
158		Avoir le sentiment que vous n'êtes pas tout le temps le même genre de personne.
159		Entendre une voix dans votre tête qui veut que vous mouriez.
160		Vous retrouver soudainement à un endroit étrange chez vous (par ex. : dans votre placard, en dessous du lit, recroquevillé sur le sol, etc.) sans savoir comment vous êtes arrivé là.
161		Sentir comme s'il y a quelque chose à l'intérieur de vous qui prend le contrôle de votre comportement ou discours.
162		Complètement oublier comment faire quelque chose que vous savez très bien comment faire (par ex. : comment conduire, lire, utiliser un ordinateur, jouer au piano, etc.).
163		Entendre une voix dans votre tête qui n'arrête pas de parler du Sida et des homosexuels.
164		Sentir qu'une partie de votre corps est déconnectée (détachée) du reste de votre corps.
165		Souhaiter savoir pourquoi vous vous sentez et vous comportez comme vous le faites.
166		Entendre des sons proches comme s'il venaient de très loin (sans raison médicale connue).
167		Entrer en transe et être possédé par un esprit ou un démon.
168		Avoir des images d'un trauma du passé qui soudainement apparaissent à votre esprit (comme des flashes).
169		Ne pas ressentir de douleur physique (alors que vous auriez dû en ressentir) (sans raison médicale connue).
170		Découvrir que vous avez une blessure importante (par ex. : une coupure, une brûlure, plusieurs bleus) et n'avoir aucun souvenir de comment c'est arrivé.
171		Entendre une voix dans votre tête qui vous traite de menteur ou vous dit que certains événements ne se sont jamais produits.
172		Sentir comme si une partie de votre corps (ou votre corps en entier) avait disparu.
173		Vous retrouver soudainement quelque part (par ex. : à la plage, au travail, dans une boîte de nuit, dans votre voiture, etc.) sans avoir le souvenir de comment vous êtes arrivé là.

174		Sentir qu'il y a une autre personne en vous qui peut ressortir et parler s'il elle veut.
175		Être disposé à faire ou dire quasi n'importe quoi pour amener quelqu'un à ressentir que vous êtes "spécial".
176		Avoir des cauchemars d'un trauma du passé.
177		Des gens remarquent votre regard vide et le fait que vous êtes "partis".
178		Être content de l'inquiétude et de la sympathie des autres lorsqu'ils entendent parler des traumatismes dont vous avez souffert.
179		"Revenir à vous" et constater que vous avez fait quelque chose que vous ne vous rappelez pas avoir faite (par ex. : cassé quelque chose, vous être coupé, avoir nettoyé toute la maison, etc.).
180		Avoir des pensées qui ne semblent pas vraiment vous appartenir.
181		Avoir mal lorsque vous urinez (sans raison médicale connue).
182		Faire des va-et-vient entre (se) sentir comme un humain et (se) sentir comme membre d'une autre espèce (par ex. : un chat, un chien, un écureuil, etc.).
183		Avoir une vision "en tunnel" (votre champ visuel se rétrécit jusqu'à n'être plus qu'un tunnel) (sans raison médicale connue).
184		Avoir des difficultés à rester hors état de transe.
185		Votre humeur change rapidement sans aucune raison.
186		Découvrir que vous avez fait une tentative de suicide, mais ne pas avoir de souvenir de l'avoir faite.
187		Trouver des choses que vous avez dû écrire (ou dessiner), mais sans souvenir de l'avoir fait.
188		Se sentir soudainement tout petit, comme un jeune enfant.
189		Soudainement, ne plus savoir comment faire votre travail.
190		Sentir comme s'il y avait une lutte en vous à propos de qui vous êtes réellement.
191		Ressentir soudainement votre corps comme si ce n'était pas réellement le vôtre.
192		Être dérangé par des flashbacks (souvenirs vivaces) pendant plusieurs jours d'affilée.
193		Être confus ou perplexe par rapport à vos émotions.
194		Ne pas se rappeler de ce qui s'est passé lorsque vous conduisiez sur une route habituelle.
195		Des changements manifestes dans votre écriture.
196		Avoir des émotions très intenses (par ex. : peur, colère, ressentis de souffrance ou blessure émotionnelle) qui disparaissent soudainement.
197		Regarder dans le miroir et voir quelqu'un d'autre que vous-même.
198		Certaines de vos pensées vous sont soudainement comme ôtées.
199		Entendre une voix dans votre tête qui vous dit "Tais-toi".
200		Des gens vous disent que parfois vous vous comportez de manière tellement différente que vous paraissez être une autre personne.

201		Alterner entre le sentiment d'être un homme et celui d'être un femme.
202		Avoir une autre partie en vous qui a des souvenirs, comportements et émotions différents des vôtres.
203		Avoir l'impression que vos pieds ou mains (ou d'autres parties de votre corps) ont changé de taille.
204		Il arrive que vous "revenez à vous" et trouvez des pilules ou un rasoir (ou tout autre objet vous permettant de vous blesser) dans votre main.
205		Trouver chez vous des écrits dont vous ne reconnaissez pas l'écriture.
206		Avoir des flashbacks (souvenirs vivaces) de mauvais épisodes de votre émission ou série TV favorite.
207		Entendre une voix dans votre tête qui vous traite de bon à rien, de vaux rien ou de raté.
208		Avoir une partie très colérique qui "sort" et dit et fait des choses que jamais vous n'auriez dites ou faites.
209		Avoir le sentiment que certaines de vos pensées sont éliminées de votre esprit --- par une force ou par une autre partie de vous.
210		Sentir une lutte en vous concernant la manière dont vous devriez penser, vous sentir, ressentir, vous comporter.
211		Ne pas se souvenir d'où vous étiez la veille.
212		Sentir qu'une autre partie ou entité en vous essaie de vous empêcher de faire ou dire quelque chose.
213		Souhaiter que quelqu'un comprenne enfin combien vous êtes blessé.
214		Plus d'une part de vous a réagi à ces questions.
215		Ressentir la présence d'une partie colérique dans votre tête qui semble vous détester.
216		Entendre une voix dans votre tête qui est apaisante, aidante ou protectrice.
217		Des choses dans votre maison disparaissent ou sont déplacées (et vous ne savez pas comment cela s'est produit).
218		Remarquer la présence d'un enfant à l'intérieur de vous.
		Vous êtes-vous senti en mesure de répondre à ce questionnaire? Répondez librement.

Annexe C

Description de l'échantillon sur base du TEC

Cette annexe reprend une agrégation des données issues des réponses des sujets au questionnaire TEC.

Ce regroupement des données avait été réalisé dans le but d'effectuer une analyse exploratoire de l'influence de diverses variables sur les résultats obtenus (voir section 6.3.2).

Le tableau reprend également la description détaillée de l'échantillon ainsi que l'appariement des vingt-six sujets et six thérapeutes.

id patient	âge	genre	id thérapeute	nombre de traumas	âge premier trauma	type premier trauma	trauma complexe dans l'enfance	trauma complexe à l'âge adulte
1	42	F	1	18	0	Complexe	Oui	Oui
2	46	F	1	4	30	Complexe	Non	Non
3	30	F	1	6	1	Complexe	Oui	Non
4	48	M	1	6	3	Complexe	Oui	Non
5	41	F	1	13	0	Complexe	Oui	Oui
6	41	F	1	12	0	Complexe	Oui	Oui
7	34	F	1	11	0	Complexe	Oui	Non
8	47	F	1	5	18	Simple	Non	Non
9	49	F	1	7	0	Complexe	Oui	Non
10	27	F	1	12	2	Complexe	Oui	Oui
11	52	F	2	19	0	Complexe	Oui	Non
12	45	F	2	11	10	Simple	Non	Non
13	26	F	2	12	4	Complexe	Oui	Oui
14	47	F	2	14	6	Complexe	Oui	Non
15	23	F	2	3	11	Complexe	Oui	Non
16	31	M	3	4	6	Complexe	Oui	Non
17	39	F	4	9	1	Complexe	Oui	Oui
18	36	F	4	8	11	Complexe	Oui	Non
19	47	F	4	3	9	Complexe	Oui	Non
20	26	F	4	15	0	Complexe	Oui	Non
21	28	F	5	6	10	Complexe	Oui	Non
22	32	F	5	6	7	Simple	Oui	Non
23	58	M	5	6	0	Complexe	Oui	Non
24	24	F	5	2	8	Complexe	Oui	Non
25	29	F	6	7	17	Simple	Non	Non
26	20	F	6	15	6	Complexe	Oui	Non

Annexe D

Données des questionnaires MID

Cette annexe reprend les réponses des sujets au questionnaire MID. Plus spécifiquement, il reprend les réponses se référant aux vingt-deux symptômes dissociatifs. Ne sont pas reprises dans ces données les réponses aux questions servant à construire les échelles de validité du MID.

Nous avons rassemblé les questions et réponses par symptôme et par temporalité de passation (avant et après thérapie). Ainsi, chaque page reprend les réponses des vingt-six sujets aux questions se référant à un symptôme. Le tableau de gauche reprend les réponses avant thérapie ; celui de droite, après thérapie. Ceci permet de visualiser l'évolution de la symptomatologie.

La première ligne de chaque tableau reprend les numéros des questions du MID auxquels ils font référence. Le lecteur peut ainsi se référer à l'Annexe B pour retrouver les questions correspondantes.

Nous renvoyons le lecteur vers la bibliographie se référant au MID pour plus de détails.

Les ANOVA ainsi que les alpha de Cronbach de notre étude ont été calculés à partir de ces données.

Catégorie : Symptômes dissociatifs généraux

Symptôme 1 : Problèmes de mémoire

T0 – Avant thérapie

Patient	Q2	Q24	Q67	Q78	Q79	Q90	Q102	Q122	Q134	Q143	Q154	Q211
1	2	0	1	3	1	3	1	1	4	1	1	0
2	7	0	4	0	0	0	1	2	2	0	0	0
3	8	2	8	7	2	8	9	8	8	8	7	1
4	6	0	7	10	0	10	10	2	0	0	0	3
5	5	3	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
6	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
7	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0
9	4	1	0	0	1	2	0	1	0	1	2	0
10	7	0	0	5	0	9	5	1	1	2	7	1
11	2	0	0	2	1	3	2	1	2	2	2	0
12	10	8	0	0	0	0	10	0	0	9	10	0
13	4	1	7	4	4	7	6	5	0	0	4	0
14	3	1	3	5	3	3	2	1	1	1	2	0
15	2	1	0	1	3	0	0	2	0	3	8	0
16	6	8	9	9	4	1	8	7	2	4	7	6
17	1	1	1	1	2	1	1	2	0	0	1	0
18	8	10	5	7	10	7	10	5	6	10	10	10
19	4	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
20	8	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0
21	2	0	2	2	3	2	1	0	0	2	3	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
23	0	0	1	0	0	4	1	1	1	0	2	0
24	5	0	0	2	5	0	2	5	0	0	0	0
25	2	0	6	4	0	1	3	7	0	0	1	0
26	4	1	3	2	1	2	2	4	0	1	5	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q2	Q24	Q67	Q78	Q79	Q90	Q102	Q122	Q134	Q143	Q154	Q211
1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0
2	6	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0
3	4	2	3	8	3	8	8	8	0	6	6	0
4	0	0	7	8	2	10	6	0	0	0	0	0
5	5	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0
9	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
10	5	5	0	7	8	2	0	4	0	0	5	4
11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
12	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3	0	7	5	2	6	4	6	2	2	3	0
14	0	0	0	3	2	2	2	1	0	0	1	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	5	5	8	4	3	7	5	1	2	5	4
17	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
18	5	2	1	1	4	0	3	1	2	4	3	2
19	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	2	2	5	3	0	0	0	2	0	0	0	0
21	0	0	0	1	4	1	2	0	0	3	2	0
22	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
24	10	6	3	3	5	4	2	2	0	0	1	0
25	2	0	0	4	1	0	3	4	0	0	0	0
26	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0

Catégorie : Symptômes dissociatifs généraux

Symptôme 2 : Dépersonnalisation

T0 – Avant thérapie

Patient	Q3	Q25	Q36	Q44	Q91	Q103	Q113	Q123	Q133	Q135	Q164	Q172
1	1	3	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
3	0	0	1	2	0	0	8	0	0	0	0	0
4	5	0	7	3	0	10	0	0	0	0	8	0
5	8	3	0	2	1	0	2	3	2	0	5	0
6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	7	0	0	3	0	0	0	0	0
9	1	1	1	2	1	0	0	0	4	0	1	0
10	9	9	1	6	8	5	0	9	1	7	8	8
11	5	3	0	2	4	1	5	1	3	2	3	1
12	8	7	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0
13	6	4	0	4	2	5	6	5	3	6	3	0
14	0	1	0	0	1	0	4	1	0	2	0	0
15	5	8	2	0	0	0	0	6	1	0	0	0
16	8	9	8	8	2	7	8	8	8	7	8	6
17	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	7	2	10	10	6	0	10	0	6	5	5	0
19	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	3	4	4	4	0	0	0	0	0	2	0	0
22	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
23	0	2	2	1	0	0	0	0	0	4	0	0
24	0	5	0	0	0	0	2	0	3	3	5	0
25	1	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
26	1	6	0	2	0	2	0	0	5	1	8	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q3	Q25	Q36	Q44	Q91	Q103	Q113	Q123	Q133	Q135	Q164	Q172
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	2	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0
4	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	4	0
5	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
9	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0
10	7	5	0	6	0	0	7	7	0	6	7	7
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	2	3	4	3	5	5	4	4	5	4	0	0
14	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0
15	0	1	0	3	0	0	0	2	3	1	0	0
16	6	7	5	6	3	6	7	7	7	7	8	1
17	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
18	1	2	2	6	0	0	3	0	0	2	0	0
19	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	1	1	2	1	0	2	0	0	1	0	0
22	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0
23	0	2	0	1	2	0	0	0	0	3	0	0
24	6	5	5	0	0	0	1	0	0	4	3	0
25	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Catégorie : Symptômes dissociatifs généraux

Symptôme 3 : Déréalisation

T0 – Avant thérapie

Patient	Q5	Q13	Q37	Q48	Q58	Q69	Q80	Q92	Q104	Q114	Q144	Q136
1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
5	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10	10	7	9	9	9	9	9	8	7	5	7	1
11	4	5	4	0	0	4	1	2	2	5	0	1
12	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	5	2	0	3	0	5	2	0	0	0	0	0
14	3	1	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1
15	8	8	8	8	8	8	8	8	0	0	5	1
16	10	9	9	9	9	9	9	9	7	7	8	2
17	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
18	8	5	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
20	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
23	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
24	7	0	0	4	0	4	0	0	0	2	0	0
25	3	4	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
26	8	8	0	1	0	1	0	1	0	1	3	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q5	Q13	Q37	Q48	Q58	Q69	Q80	Q92	Q104	Q114	Q144	Q136
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10	5	5	6	0	0	6	7	5	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	2	3	2	2	0	2	3	4	0	4	5	0
14	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
15	8	3	2	0	0	8	0	1	0	0	3	0
16	7	7	7	7	8	7	7	7	2	5	3	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
23	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
24	6	0	0	0	0	5	0	0	0	4	1	0
25	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
26	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0

Catégorie : Symptômes dissociatifs généraux

Symptôme 4 : Flashbacks

T0 – Avant thérapie

Patient	Q14	Q66	Q81	Q105	Q115	Q125	Q137	Q145	Q156	Q168	Q176	Q192
1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	3	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	2	1	8	8	6	4	0	9	4	8
4	8	1	10	10	10	10	9	10	0	6	6	7
5	8	0	0	0	7	9	0	8	0	6	1	0
6	1	0	2	0	2	0	0	1	0	7	1	6
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	7	0
9	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
10	8	0	1	5	4	6	8	5	1	7	2	3
11	3	1	1	3	3	6	4	5	4	3	3	3
12	10	10	10	0	10	10	10	10	7	10	10	10
13	7	7	2	0	8	0	1	3	0	7	8	6
14	0	2	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
16	1	8	5	1	8	0	1	0	0	7	1	7
17	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0
18	2	9	0	0	5	0	5	0	0	3	10	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20	0	0	0	0	3	0	0	4	0	0	2	1
21	0	2	0	0	5	0	2	0	0	1	1	0
22	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	2	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
24	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
25	4	4	2	0	8	3	0	6	0	9	5	3
26	7	1	1	0	3	4	0	0	1	2	3	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q14	Q66	Q81	Q105	Q115	Q125	Q137	Q145	Q156	Q168	Q176	Q192
1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	5	3	7	1	7	8	7	6	0	7	3	7
4	0	0	8	0	0	10	0	10	0	0	7	4
5	0	0	0	0	6	0	0	3	0	2	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
9	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
10	8	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
12	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
13	2	5	0	0	0	0	0	2	3	2	5	4
14	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	6	4	0	7	0	0	0	0	6	0	5
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
21	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0
25	2	1	3	0	2	1	0	0	0	3	0	1
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Catégorie : Symptômes dissociatifs généraux

Symptôme 5 : Symptômes somatoformes

T0 – Avant thérapie

Patient	Q7	Q15	Q27	Q39	Q60	Q71	Q82	Q94	Q166	Q169	Q181	Q183
1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	4	0	0
4	3	5	7	4	0	0	5	0	0	6	0	0
5	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
9	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10	0	2	2	4	3	0	0	8	0	6	2	6
11	0	6	5	0	2	0	0	1	0	2	0	0
12	0	5	8	0	8	0	10	0	0	8	0	0
13	8	3	3	0	3	3	0	0	0	3	5	0
14	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
15	0	1	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0
16	3	1	4	0	2	0	2	8	3	0	0	7
17	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
18	8	5	0	0	0	0	0	6	0	5	8	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0
22	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0
24	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
26	7	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q7	Q15	Q27	Q39	Q60	Q71	Q82	Q94	Q166	Q169	Q181	Q183
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	10	0	2	3	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	2	0	0	8	0	7	4	0	8	5	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	7	2	1	0	0	0	4	8	2	0	6	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
16	2	1	1	0	0	0	1	1	4	0	0	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Catégorie : Symptômes dissociatifs généraux

Symptôme 6 : Transe

T0 – Avant thérapie

Patient	Q16	Q77	Q95	Q106	Q116	Q127	Q139	Q147	Q157	Q177	Q184	Q194
1	0	1	0	0	0	5	0	0	2	2	0	2
2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
3	8	1	4	3	7	8	0	1	7	7	2	9
4	0	0	9	0	0	2	8	10	0	0	2	0
5	6	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	5
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5
9	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
10	2	0	0	0	2	1	6	0	0	2	4	8
11	3	3	2	0	2	1	1	0	4	1	0	2
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0
13	2	2	0	0	0	7	0	0	7	0	0	6
14	3	3	2	0	1	2	0	0	0	1	0	3
15	2	10	0	0	1	0	1	0	1	6	0	1
16	2	6	2	1	2	7	10	7	5	3	2	1
17	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	2
18	9	5	0	0	1	7	0	0	10	10	0	10
19	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
20	6	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	0
21	3	1	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0
22	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
23	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	5
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
25	3	0	0	0	2	3	0	0	3	1	0	5
26	3	1	1	0	1	7	1	0	5	3	1	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q16	Q77	Q95	Q106	Q116	Q127	Q139	Q147	Q157	Q177	Q184	Q194
1	0	1	0	0	0	3	0	0	1	1	0	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	1	0	0	9	0	0	5	3	0	3
4	0	0	6	4	0	0	8	0	0	0	0	0
5	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4
9	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10	7	6	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8
11	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	5	0	0	0	0	0	0	5	2	0	3
14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
15	7	8	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0
16	0	5	1	0	1	3	1	0	4	1	1	2
17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
18	3	1	0	0	0	0	0	0	3	3	0	5
19	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
20	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
21	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3	0	0
22	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
23	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1
24	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	2	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	3
26	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 7 : Voix d'enfants

T0 – Avant thérapie

Patient	Q6	Q118	Q97
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	3	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	0	0	0
8	0	0	0
9	0	0	0
10	0	1	0
11	3	2	0
12	10	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	2	0	2
17	0	1	0
18	6	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0
26	0	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q6	Q118	Q97
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	0	0	0
8	0	0	0
9	0	0	0
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	0	0	3
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0
26	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 8 : Lutte intérieure

T0 – Avant thérapie

Patient	Q42	Q112	Q120	Q161	Q190	Q199	Q210	Q212	Q215
1	0	0	0	0	1	1	3	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	7	0	0	0	2	0	0
4	7	0	4	6	10	0	8	0	0
5	0	4	0	0	2	2	0	0	0
6	0	1	5	0	0	0	8	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	3	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	1	0	1	0	1	0	0
10	2	0	0	0	8	1	8	3	7
11	3	4	3	3	3	3	3	0	0
12	0	0	0	0	0	0	8	0	0
13	0	0	0	2	4	0	6	0	0
14	0	0	1	0	3	0	4	0	0
15	0	0	10	0	5	0	1	0	0
16	5	9	1	8	8	5	8	8	6
17	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	10	0	8	5	5	0	0	10
19	0	0	0	0	0	0	1	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	3	2	3	0	2	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	5	0	0	3	1
24	0	0	0	0	5	0	0	0	0
25	0	0	0	0	2	0	1	0	0
26	1	0	3	0	3	1	1	1	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q42	Q112	Q120	Q161	Q190	Q199	Q210	Q212	Q215
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	1	0	1	0	2	0	0
4	6	0	0	2	6	0	6	0	1
5	0	0	0	0	0	0	2	0	0
6	0	0	1	0	0	0	1	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	1	0	2	0	1
10	0	0	0	0	8	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	1	2	0	0
14	0	7	1	0	0	0	6	0	1
15	0	0	0	0	3	0	8	0	0
16	4	6	0	7	8	2	8	6	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	1	2	2	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	1	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	1	0	0	0	0	2	0	0
25	0	0	1	0	1	0	3	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 9 : Voix persécutrice

T0 – Avant thérapie

Patient	Q84	Q140	Q159	Q171	Q207
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	7	6	6	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	1
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	7	0	7	8	7
11	3	4	0	3	4
12	0	0	0	0	0
13	0	4	0	0	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	1	0	2
17	0	0	0	0	0
18	5	5	0	0	4
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	0	1	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	1	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q84	Q140	Q159	Q171	Q207
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	2	0
4	6	6	9	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	1
10	0	0	0	8	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0
14	0	1	0	0	1
15	0	0	0	0	0
16	1	0	1	0	2
17	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	2
22	0	0	0	1	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 10 : Parole intrusive

T0 – Avant thérapie

Patient	Q9	Q99	Q117
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	5	0
5	0	0	0
6	2	1	0
7	0	0	0
8	2	0	0
9	0	0	0
10	7	6	1
11	3	0	0
12	0	0	0
13	3	1	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	7	7	6
17	0	0	0
18	7	10	5
19	0	0	0
20	7	0	0
21	3	2	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	5	0	0
25	0	0	0
26	7	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q9	Q99	Q117
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	0	0	0
8	0	0	0
9	0	0	0
10	5	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	1	0	0
14	0	1	0
15	0	0	0
16	6	6	0
17	0	0	0
18	3	4	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	1	1	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0
26	1	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 11 : Pensée intrusive

T0 – Avant thérapie

Patient	Q22	Q146	Q151	Q180	Q210
1	2	0	8	0	3
2	0	0	0	0	0
3	2	0	9	0	2
4	10	3	8	8	8
5	0	1	3	0	0
6	1	1	7	2	8
7	0	0	0	1	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	1
10	8	8	8	7	8
11	0	2	5	4	3
12	0	10	10	0	8
13	4	2	4	0	6
14	2	0	8	0	4
15	9	0	9	0	1
16	7	8	8	6	8
17	0	0	0	0	0
18	7	8	9	4	0
19	0	0	0	0	1
20	0	1	3	0	0
21	6	4	6	0	2
22	3	0	1	0	0
23	1	3	7	1	0
24	0	5	4	0	0
25	1	2	3	0	1
26	3	6	2	0	1

T1 – Après thérapie

Patient	Q22	Q146	Q151	Q180	Q210
1	1	0	1	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	2	5	0	2
4	4	0	8	4	6
5	0	0	3	0	2
6	1	0	1	1	1
7	0	0	0	0	0
8	0	0	3	0	0
9	0	0	0	0	2
10	8	8	8	6	0
11	0	0	4	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	1	2	0	2
14	0	0	7	0	6
15	4	0	5	0	8
16	5	7	7	6	8
17	0	0	1	0	0
18	0	1	0	0	0
19	0	0	1	0	0
20	3	0	0	0	0
21	5	5	5	2	0
22	0	0	0	1	1
23	1	0	4	0	0
24	5	0	0	0	2
25	0	1	3	0	3
26	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 12 : Émotion intrusive

T0 – Avant thérapie

Patient	Q32	Q57	Q101	Q146	Q185	Q193	Q196
1	2	1	1	0	1	8	3
2	0	0	0	0	0	0	0
3	7	0	9	0	0	7	7
4	6	3	10	3	7	6	10
5	1	0	5	1	0	0	0
6	6	0	1	1	0	7	1
7	0	0	0	0	0	0	0
8	4	0	0	0	0	6	3
9	0	1	0	0	0	2	0
10	5	8	0	8	7	8	1
11	0	4	3	2	4	4	1
12	10	0	0	10	10	10	10
13	5	2	5	2	4	7	0
14	3	0	1	0	0	0	0
15	0	0	1	0	0	2	0
16	8	7	7	8	5	8	6
17	0	0	0	0	0	1	1
18	9	7	10	8	8	10	10
19	0	0	0	0	1	1	0
20	0	0	4	1	2	0	0
21	6	6	6	4	6	3	2
22	0	0	0	0	0	1	0
23	2	0	0	3	0	8	3
24	0	3	0	5	3	3	0
25	2	2	6	2	4	5	0
26	2	0	0	6	8	6	8

T1 – Après thérapie

Patient	Q32	Q57	Q101	Q146	Q185	Q193	Q196
1	0	0	0	0	0	4	1
2	0	0	0	0	0	0	0
3	4	1	7	2	2	7	6
4	6	0	4	0	3	3	2
5	3	0	4	0	0	2	0
6	0	0	0	0	0	1	0
7	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	1	2	0
9	0	1	0	0	0	0	0
10	7	8	3	8	8	7	7
11	0	0	0	0	1	4	4
12	2	0	0	0	3	0	0
13	3	0	3	1	1	5	3
14	1	0	2	0	0	1	0
15	0	0	0	0	0	1	0
16	5	6	7	7	5	7	3
17	0	0	1	0	0	0	1
18	0	3	2	1	2	3	0
19	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0
21	5	5	5	5	4	4	3
22	0	0	0	0	0	0	0
23	1	0	0	0	0	3	0
24	5	1	0	0	4	1	0
25	2	1	1	1	1	2	0
26	0	0	0	0	0	2	2

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 13 : Impulsion intrusive

T0 – Avant thérapie

T1 – Après thérapie

Patient	Q34	Q112	Q212
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	4	0	0
5	2	4	0
6	1	1	0
7	0	0	0
8	0	3	0
9	0	0	0
10	1	0	3
11	1	4	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	8	9	8
17	1	0	0
18	0	10	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	1	0	0
22	0	0	0
23	0	0	3
24	0	0	0
25	0	0	0
26	2	0	1

Patient	Q34	Q112	Q212
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	0	0	0
8	0	0	0
9	0	0	0
10	7	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	2	0	0
14	0	7	0
15	0	0	0
16	1	6	6
17	0	0	0
18	1	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	1	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	6	1	0
25	0	0	0
26	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 14 : Comportement intrusif

T0 – Avant thérapie

Patient	Q8	Q17	Q72	Q91	Q107	Q133	Q135	Q161	Q208
1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
3	0	3	1	0	0	0	0	0	9
4	9	0	9	0	0	0	0	6	7
5	1	0	2	1	0	2	0	0	0
6	0	2	0	0	1	0	0	0	0
7	0	0	0	0	1	0	0	0	0
8	4	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	0	0	1	0	4	0	0	0
10	2	3	5	8	8	1	7	0	0
11	0	3	0	4	0	3	2	3	2
12	0	0	8	8	0	0	0	0	10
13	0	4	0	2	2	3	6	2	0
14	0	5	2	1	1	0	2	0	2
15	0	2	0	0	2	1	0	0	0
16	0	2	8	2	8	8	7	8	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	7	4	5	6	5	6	5	8	10
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	4	2	3	0	0	0	2	2	1
22	0	0	0	0	1	0	1	0	0
23	3	1	1	0	2	0	4	0	2
24	7	0	0	0	1	3	3	0	0
25	0	0	2	0	0	0	0	0	1
26	7	3	0	0	1	5	1	0	1

T1 – Après thérapie

Patient	Q8	Q17	Q72	Q91	Q107	Q133	Q135	Q161	Q208
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0	0	6
4	2	0	0	0	0	0	0	2	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	1	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	1	0	0	0	0	1	0	0
9	1	0	1	0	0	0	1	0	0
10	4	7	6	0	5	0	6	0	0
11	0	0	0	0	0	0	3	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	2
13	1	0	3	5	1	5	4	0	2
14	1	0	2	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	3	1	0	0
16	1	0	7	3	7	7	7	7	0
17	0	0	0	1	0	0	0	0	0
18	0	3	0	0	0	0	2	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	3	0	3	1	1	0	1	2	1
22	0	0	0	1	0	0	2	0	0
23	0	1	0	2	1	0	3	0	0
24	3	0	1	0	1	0	4	0	0
25	0	1	0	0	1	0	1	0	1
26	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 15 : Perte temporaire de connaissances

T0 – Avant thérapie

Patient	Q46	Q56	Q131	Q162	Q189
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	1	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	2
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	1	0	0
10	8	0	6	0	0
11	0	0	1	0	1
12	0	0	0	0	5
13	3	2	1	4	0
14	0	0	2	1	1
15	0	0	2	0	1
16	0	0	5	3	5
17	0	0	0	0	0
18	5	4	10	0	10
19	0	0	1	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	10	0	0	2
22	0	0	0	1	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	5	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	2	0	1

T1 – Après thérapie

Patient	Q46	Q56	Q131	Q162	Q189
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	1	0	0
4	0	0	1	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	7
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	0	4	1	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	1	0	4	4	3
17	0	0	0	0	0
18	0	0	2	1	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	1	3
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions conscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 16 : Altération de l'identité

T0 – Avant thérapie

Patient	Q150	Q197	Q203	Q107	Q201	Q180	Q191	Q200	Q188	Q4	Q72	Q83
1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
4	0	0	0	0	0	8	0	0	4	0	9	10
5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	2	0
6	0	0	0	1	0	2	0	0	0	6	0	0
7	0	0	0	1	0	1	0	0	0	8	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
10	0	1	1	8	1	7	8	1	0	9	5	2
11	0	0	3	0	0	4	3	0	1	3	0	4
12	0	0	10	0	0	0	0	0	10	8	8	0
13	0	0	0	2	0	0	0	2	3	7	0	0
14	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
15	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0
16	0	8	7	8	0	6	9	1	0	6	8	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	6	5	0	4	0	10	4	8	5	8
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	2
22	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4	1	0
24	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0
26	0	0	0	1	0	0	0	0	2	6	0	1

T1 – Après thérapie

Patient	Q150	Q197	Q203	Q107	Q201	Q180	Q191	Q200	Q188	Q4	Q72	Q83
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	7
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
10	0	5	0	5	0	6	8	7	0	8	6	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
13	0	0	0	1	1	0	0	2	3	3	3	5
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	7	4	7	0	6	7	0	3	5	7	2
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	3	2
22	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0
24	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	1	0
25	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions inconscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 17 : Temps amnésié

T0 – Avant thérapie

Patient	Q23	Q31	Q85	Q141
1	1	1	1	0
2	3	0	0	0
3	9	9	7	4
4	5	0	0	0
5	1	0	3	0
6	1	1	0	0
7	7	0	0	0
8	4	0	0	0
9	3	0	0	0
10	5	3	0	0
11	3	0	1	5
12	10	0	0	0
13	6	0	8	5
14	8	0	2	0
15	3	3	0	0
16	8	6	1	3
17	1	0	0	0
18	10	10	10	6
19	2	0	0	0
20	3	0	0	0
21	3	1	0	0
22	0	0	0	0
23	2	1	1	0
24	7	0	0	3
25	3	0	0	0
26	0	0	2	1

T1 – Après thérapie

Patient	Q23	Q31	Q85	Q141
1	0	0	1	0
2	0	0	0	0
3	6	5	6	1
4	3	0	0	0
5	2	0	0	0
6	1	0	0	0
7	0	0	0	0
8	2	0	0	0
9	2	0	0	0
10	8	3	0	0
11	0	0	0	2
12	0	0	0	0
13	3	2	6	3
14	2	0	0	0
15	1	0	0	0
16	6	6	3	1
17	0	0	0	0
18	2	2	0	0
19	1	0	0	0
20	0	0	0	0
21	2	0	1	0
22	0	0	0	0
23	1	0	0	0
24	10	0	1	4
25	3	2	1	0
26	1	1	0	0

Catégorie : Intrusions inconscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 18 : Revenir à soi

T0 – Avant thérapie

Patient	Q50	Q74	Q179	Q204
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	8	7	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	1	0	0
7	0	0	0	0
8	0	3	0	0
9	0	1	0	0
10	7	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	2	0	0	0
14	3	3	0	0
15	0	0	0	0
16	2	0	0	0
17	0	0	0	0
18	6	10	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	1	0	0	0
24	0	0	0	0
25	0	2	0	0
26	0	0	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q50	Q74	Q179	Q204
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	1	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	3	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	2	0	0	0
14	0	0	0	0
15	0	7	0	0
16	2	0	0	0
17	0	0	0	0
18	0	0	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	0	0	0	0
24	0	0	1	0
25	0	0	0	0
26	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions inconscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 19 : Fugue

T0 – Avant thérapie

Patient	Q64	Q86	Q119	Q160	Q173
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	4	0	1	0	0
11	0	0	2	0	0
12	0	0	0	0	0
13	4	0	2	0	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	4	0	0
17	0	0	1	0	0
18	0	0	10	0	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	2	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	1	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q64	Q86	Q119	Q160	Q173
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	2
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	0	8	0	0	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	0	2	0	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	1	0	0
17	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	2	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	1	0	0
26	0	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions inconscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 20 : Comportement rapporté

T0 – Avant thérapie

Patient	Q19	Q53	Q129	Q152
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	1	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	1	0	0	0
10	3	0	1	5
11	0	0	2	0
12	0	0	0	0
13	5	1	7	4
14	2	0	2	0
15	0	0	0	0
16	1	0	2	2
17	1	0	1	0
18	8	0	10	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	0	1	0	0
24	0	0	0	0
25	1	0	1	0
26	1	0	0	4

T1 – Après thérapie

Patient	Q19	Q53	Q129	Q152
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	1	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	1	0	5	1
14	0	0	0	0
15	0	0	0	0
16	1	0	1	0
17	0	0	0	0
18	1	1	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	1	0
22	0	0	0	0
23	1	1	0	0
24	0	0	0	0
25	0	0	0	0
26	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions inconscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 21 : Trouver des objets

T0 – Avant thérapie

Patient	Q43	Q76	Q187	Q205
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	2	0
12	0	0	0	0
13	1	1	2	0
14	0	0	0	0
15	0	0	0	0
16	2	0	0	0
17	0	0	0	0
18	0	0	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	1	0	0	0
23	0	0	0	0
24	0	0	0	0
25	0	0	0	0
26	0	0	2	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q43	Q76	Q187	Q205
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	0	0	1	0
14	0	0	0	0
15	0	0	0	0
16	2	0	0	0
17	0	0	0	0
18	0	0	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	0	0	0	0
24	0	0	0	0
25	0	0	0	0
26	0	0	0	0

Catégorie : Intrusions inconscientes d'une autre partie de soi

Symptôme 22 : Preuve d'action

T0 – Avant thérapie

Patient	Q108	Q150	Q170	Q186	Q217
1	0	0	1	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	4	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	2	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	3
9	0	0	0	0	0
10	0	0	8	7	0
11	0	0	4	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0
14	0	0	1	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	1	0	0
17	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0
19	0	0	1	0	0
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	2	0	0

T1 – Après thérapie

Patient	Q108	Q150	Q170	Q186	Q217
1	0	0	1	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	0	0	0	5	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	1
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	5
17	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	1
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	1	0	0
25	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0