

Mémoire de fin de spécialisation en psychiatrie adulte

**Utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs
dans la prise en charge du trauma : apports
thérapeutiques de l'hypnose**

Docteur Pablo Bisicchia

Promotrice : Docteur Sarah Ammendola

Faculté de Médecine – Université Libre de Bruxelles

Master de spécialisation en psychiatrie adulte

Année académique 2024-2025

Je tiens à remercier chaleureusement le Dr Sarah Ammendola, le Dr Marcin Kazsuba et Gérard Brassine, dont l'influence a profondément façonné ma pratique professionnelle.

J'adresse également toute ma gratitude aux personnes qui me sont chères et qui m'ont toujours soutenu tout au long de ce parcours.

Table des matières

Introduction	4
Méthodologie	4
Revue de la littérature	4
Étude de cas clinique	5
Considérations éthiques	6
Limites méthodologiques	Erreur ! Signet non défini.
Evolution et conceptualisation des Troubles liés au Trauma	6
Émergence des Théories du Traumatisme et Premières Approches Psychopathologiques ..	6
L'Apport Fondamental de Pierre Janet sur la Dissociation	7
Du Trouble Hystérique au Trouble de Stress Post-Traumatique	7
L'Avancée des Études sur le Traumatisme Chronique.....	7
Critères diagnostiques actuels du « Trouble de stress post-traumatique »	8
TSPT sous-type dissociatif	9
Facteurs de Risque du Trouble de Stress Post-Traumatique.....	9
Dissociation	10
Dissociation en psychiatrie.....	10
Dissociation Péri-traumatique	11
Dissociation Hypnotique	12
Dissociation Structurale	13
Dissociation : Etat ou Trait	14
Dissociation : détachement et la compartimentalisation	15
Neurobiologie de la Dissociation	16
La dissociation comme inhibition fronto-lobique.....	16
La dissociation dans le modèle de la cascade défensive.....	16
Rôle des systèmes neurochimiques : Opioides et endocannabinoïdes.....	17
Dissociation et attachement	18
Attachement désorganisé et processus dissociatifs	19
L'absence de protocoles thérapeutiques pour le TPST dissociatif et impacte de la dissociation sur la thérapie.....	19
La « Psychothérapie du Trauma Réassociative »	20
Protocole thérapeutique de la « PTR » :.....	22
Cas Clinique.....	24
Discussion	26
Conclusion.....	29
Bibliographie	31

Introduction

Bien que de nombreuses recommandations internationales existent concernant les traitements psychothérapeutiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT), aucun protocole spécifique n'a encore été validé pour le traitement du sous-type dissociatif de ce trouble.

De nombreux auteurs internationaux soulignent que les patients présentant un TSPT dissociatif risquent de répondre moins favorablement, voire de voir leur état s'aggraver, lorsqu'ils suivent des protocoles standards non adaptés, en particulier si des épisodes dissociatifs surviennent pendant les séances.

Dans ce contexte, certains auteurs recommandent d'interrompre immédiatement toute procédure d'exposition dès l'apparition de signes de dissociation, afin de prévenir une réactivation trop intense du traumatisme et d'éviter des effets délétères.

À l'inverse de cette approche, Gérald Brassine propose, dans son protocole de prise en charge du TSPT, d'exploiter les symptômes dissociatifs de manière paradoxale. Cette méthode vise à désensibiliser les événements traumatiques tout en évitant les reviviscences dans un cadre de psychoéducation sur les symptômes du TSPT et les phénomènes hypnotiques associés.

L'objectif de ce mémoire est d'illustrer l'application de ce protocole à travers l'étude d'un cas clinique, celui d'un patient diagnostiqué avec un TSPT dissociatif et présentant des épisodes de perte de contact avec la réalité.

Nous allons également essayer de éclaircir le rôle de la dissociation dans le trouble stress post traumatique au travers d'une recherche approfondie dans la littérature scientifique international.

Méthodologie

La méthodologie de ce mémoire repose sur deux axes principaux : une recherche documentaire ciblée et l'analyse approfondie d'un cas clinique issu de ma pratique.

Revue de la littérature

Une première étape a consisté en une recherche documentaire sur la plateforme Google Scholar, à partir des mots-clés suivants : psychotherapy dissociative PTSD, dissociation and therapy , therapeutic recommendations dissociative ptsd , childhood trauma and dissociation , dissociation and chronique trauma , structural dissociation model , hypnotique dissociation , guidelines ptsd treatment , ptsd history , dissociation and attachement , orthosympathetic activity peritraumatic , peritraumatic dissociation , peritraumatic dissociation neural and behavior , peritraumatic dissociation mechanism , intrusive memories , dissociation. Ces termes ont été choisis pour explorer la dimension dissociative du TPST ainsi que pour mieux comprendre les enjeux psychothérapeutiques associés à ces manifestations. Les articles sélectionnés ont permis de nourrir la réflexion théorique et de situer la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR) dans le paysage des approches psychothérapeutiques contemporaines du trauma.

Critères de sélection des sources

La sélection des sources repose sur une démarche en deux étapes. Dans un premier temps, une recherche documentaire ciblée a permis de rassembler 68 publications pertinentes autour du

TSPT dissociatif, de la dissociation et des approches thérapeutiques associées. Dans un second temps, seules les publications les plus robustes, cohérentes et directement exploitables dans le cadre de ce mémoire ont été retenues.

Les articles retenus se distinguent tout d'abord par leur pertinence thématique : ils abordent directement les formes de dissociation (péri-traumatique, structurelle, hypnotique), les modèles explicatifs du TSPT, et les protocoles thérapeutiques spécifiques, notamment la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR). Un soin particulier a été apporté à l'ancrage théorique des textes sélectionnés. Ceux-ci s'appuient sur des cadres conceptuels reconnus, comme les travaux de Pierre Janet, Ruth Lanius, Giovanni Liotti, Chris Brewin ou encore Onno van der Hart, dont les apports sont fondamentaux pour comprendre les processus dissociatifs et leur traitement.

Par ailleurs, la qualité scientifique des sources a constitué un critère déterminant. La majorité des publications proviennent de revues à comité de lecture reconnues dans le champ du psychotraumatisme, de la psychiatrie ou des neurosciences. Ont été privilégiées les études présentant une méthodologie rigoureuse, telles que les revues systématiques, les analyses de classes latentes, les essais cliniques et les recherches qualitatives à visée clinique. Cette exigence de rigueur garantit la robustesse des données.

L'actualisation des connaissances a également guidé la sélection : la plupart des publications consultées datent des dix dernières années, à l'exception de certains textes fondateurs intégrés pour leur valeur théorique indéniable. En ce qui concerne la langue, les sources sont essentiellement anglophones, toutefois, des publications francophones ont également été intégrées, notamment celles de Gérald Brassine, qui constituent une référence directe sur la PTR et celle de Pierre Orban.

Enfin, un critère pratique a été pris en compte : seuls les documents accessibles en version intégrale ont été retenus, afin de permettre une lecture critique approfondie et une analyse fidèle à l'intention des auteurs.

L'ensemble de cette sélection a permis d'éclairer la spécificité du TSPT dissociatif, de situer la PTR dans le champ des approches thérapeutiques contemporaines, et de nourrir la réflexion clinique qui structure ce mémoire.

Étude de cas clinique

Le second volet de ce travail repose sur l'analyse détaillée d'un suivi psychothérapeutique mené entre avril 2023 et mars 2025 auprès d'un patient réfugié, présentant un sous-type dissociatif de TPST. Ce cas a été choisi pour sa pertinence clinique en lien avec la problématique de la dissociation, ainsi que pour la richesse du processus thérapeutique engagé à travers la PTR. Il s'agit d'un suivi réel, mené dans le cadre de ma pratique sous supervision de Gérald Brassine et du Dr Sarah Ammendola.

Cette approche thérapeutique s'inscrit dans le cadre de la PTR, une méthode qui est centrée sur l'hypnose conversationnelle stratégique et qui est orientée vers la mobilisation des ressources internes du patient, le renversement du rapport au symptôme et l'intégration de son histoire à travers la ré-scénarisation volontaire et co-construite des souvenirs. La posture clinique adoptée dans cette approche vise à garantir un cadre sécurisant, soutenant l'alliance thérapeutique et respectant le rythme du patient. Dans ce contexte, la fréquence des séances a été modulée en fonction du patient, qui était invité à fixer lui-même les rendez-vous lorsqu'il se sentait prêt à travailler sur un souvenir.

Le diagnostic de TPST a été confirmé au début du suivi à l'aide de la grille PCL-5, dont les résultats se sont avérés clairement positifs. En fin de parcours, l'évaluation de l'évolution symptomatique a été réalisée de manière qualitative à travers un questionnaire ouvert. Le patient a été invité à évaluer sur une échelle de 1 à 10 l'intensité perçue de plusieurs symptômes caractéristiques du TPST (cauchemars, souvenirs intrusifs, dissociation, évitement, hypervigilance). Ce mode d'évaluation a été choisi pour sa simplicité et sa dimension collaborative.

Considérations éthiques

Dans le cadre de ce travail, toutes les précautions ont été prises afin de respecter les principes éthiques fondamentaux en lien avec la recherche clinique et la protection des personnes. Ce mémoire a été validé par le comité d'éthique de l'hôpital Vincent Van Gogh (CCB : B3252025000041) , garantissant que la démarche respecte les standards en vigueur en matière de respect, de bienfaisance et de confidentialité.

Le patient concerné par cette étude de cas a été informé de manière claire et détaillée des objectifs du mémoire, des modalités de présentation de son suivi thérapeutique, ainsi que des garanties liées à l'anonymat. Il a signé un formulaire de consentement éclairé, autorisant l'utilisation d'éléments cliniques pertinents issus des séances, dans le strict respect de la confidentialité.

Les données personnelles ont été rendues non identifiables, et toutes les précautions ont été prises pour assurer la protection de la vie privée du patient. Les informations rapportées ont été sélectionnées de manière à ne pas permettre de reconnaissance directe ou indirecte de la personne concernée.

Evolution et conceptualisation des Troubles liés au Trauma

Émergence des Théories du Traumatisme et Premières Approches Psychopathologiques

Depuis toujours, les récits d'événements traumatiques illustrent l'intensité des souffrances humaines. Cependant, la compréhension systématique des manifestations psychologiques associées n'a réellement pris forme qu'à partir de la fin du XIX^e siècle.

En 1888, Hermann Oppenheim, neurologue allemand, introduit le terme de « névrose traumatique ». Il étudia particulièrement les séquelles psychologiques des victimes d'accidents ferroviaires. Selon lui, ces troubles psychiques découlaient directement d'un choc physique affectant le système nerveux central, suggérant ainsi une origine purement physiologique [1].

Presque simultanément, Jean-Martin Charcot proposa une vision différente avec le concept d'« hystéro-traumatisme ». Il considérait que les troubles psychiques liés au trauma reposaient avant tout sur une vulnérabilité héréditaire, l'événement traumatique n'étant qu'un déclencheur secondaire [1].

Sigmund Freud apporta ensuite une perspective plus large en définissant le traumatisme comme une excitation extérieure intense pouvant briser les défenses psychiques d'un individu. Pour Freud, le sujet confronté à une situation traumatique éprouve un débordement d'émotions face à l'incapacité de maîtriser la situation [1].

De son côté, le psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi remit en cause l'idée de Freud selon laquelle les traumatismes infantiles étaient principalement imaginaires. Ferenczi insista sur la

réalité objective des traumatismes précoces. Il introduisit la notion de « confusion des langues », décrivant ainsi la confrontation entre la dimension émotionnelle et sexuelle de l'adulte et la tendresse propre à l'enfant, engendrant un sentiment de culpabilité chez ce dernier. Il identifia également un mécanisme de retrait psychologique lors d'expériences émotionnellement intenses, entraînant une forme de dissociation semblable à celle décrite plus tard par Pierre Janet [1].

L'Apport Fondamental de Pierre Janet sur la Dissociation

Pierre Janet fut pionnier en proposant une définition rigoureuse et scientifique du phénomène dissociatif, loin des interprétations neurologiques ou mystiques de son époque. Inspiré par Charcot et ses observations sur les patients hystériques, Janet concevait la dissociation comme un mécanisme de défense psychologique face à une expérience traumatisante. Il expliquait que certains souvenirs et émotions, trop difficiles à intégrer consciemment, se séparent de la conscience principale, formant des noyaux d'activité psychique autonomes et inconscients. Il détaille ces observations dans « L'Automatisme psychologique » [2], montrant que les souvenirs traumatiques non intégrés peuvent réapparaître sous forme d'amnésie, de comportements automatiques ou de symptômes dissociatifs.

Janet décrit également le concept de champ de conscience réduit : selon lui, certains individus, plus vulnérables aux traumatismes, ont des capacités limitées pour intégrer des expériences émotionnellement intenses. Cette théorie a été cruciale pour comprendre des troubles tels que la dépersonnalisation ou les états dissociatifs. Contrairement à Freud, qui privilégiait la théorie du refoulement, Janet considérait la dissociation comme un processus actif résultant directement du traumatisme lui-même, et non de conflits psychiques internes.

Même si les travaux de Janet ont longtemps été éclipsés par la popularité de la psychanalyse, ils connaissent aujourd'hui une reconnaissance importante dans la recherche contemporaine sur les traumatismes et les troubles dissociatifs [3].

Du Trouble Hystérique au Trouble de Stress Post-Traumatique

La reconnaissance formelle des effets traumatiques s'est accélérée avec les conflits militaires majeurs du XX^e siècle. Les soldats revenant du front présentaient fréquemment des troubles psychiques sévères, initialement décrits sous des appellations comme « shell shock » ou « réactions au stress de combat » [1].

En 1952, le premier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) introduisit le concept général de « syndrome de réponse au stress ». Mais ce n'est qu'avec l'impact psychologique massif de la guerre du Vietnam dans les années 1970 que la pression sociale aboutit à la reconnaissance officielle du trouble de stress post-traumatique (TSPT) en 1980 avec le DSM-III. Cette étape fut décisive car elle reconnaissait officiellement que des événements traumatiques externes, comme les conflits militaires ou d'autres situations de stress extrême, pouvaient être directement responsables des troubles psychologiques [4].

L'Avancée des Études sur le Traumatisme Chronique

Dans les années 1970 et 1980, une attention accrue fut portée aux effets des traumatismes chroniques, notamment liés aux abus domestiques ou aux violences répétées. Judith Herman (1992), dans son ouvrage « Trauma and Recovery » [5], introduisit le concept de TSPT complexe pour mieux décrire les troubles profonds observés chez les survivants d'abus prolongés, dépassant largement les symptômes classiques du TSPT.

Au début des années 2000, plusieurs chercheurs, notamment Bessel van der Kolk, plaidèrent pour différencier clairement le TSPT classique du TSPT complexe. Ils soulignaient que les victimes de traumatismes chroniques présentent souvent des troubles plus sévères, impliquant une régulation émotionnelle perturbée, une altération de la perception de soi et des difficultés relationnelles majeures.

Bien que le DSM-5 (2013) ait élargi la définition du TSPT, intégrant des symptômes dissociatifs et émotionnels, le TSPT complexe n'y fut pas reconnu officiellement comme un trouble distinct. Ce fut finalement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui, en 2019, avec la publication de la CIM-11 [6], officialisa ce diagnostic, marquant une avancée significative. Ce choix mit en avant la dissociation non plus comme un simple symptôme secondaire, mais comme un mécanisme central d'adaptation aux traumatismes prolongés, justifiant des approches thérapeutiques spécifiques [1].

Critères diagnostiques actuels du « Trouble de stress post-traumatique »

Les études internationales utilisées comme références dans ce mémoire s'appuient généralement sur des questionnaires fondés sur le DSM-5. C'est pour cette raison que nous retiendrons le DSM-5-TR (2023) comme cadre diagnostique principal.

Le DSM-5 et le DSM-5-TR définissent le trouble de stress post-traumatique (TSPT) selon plusieurs critères essentiels :

- A. Exposition à un traumatisme : L'exposition peut être directe, indirecte ou résulter du témoignage d'un événement traumatique.
- B. Symptômes envahissants : Présence de flashbacks, cauchemars ou souvenirs intrusifs liés au traumatisme.
- C. Évitement : Tentative d'éviter les pensées, émotions ou situations associées au traumatisme.
- D. Altérations cognitives et émotionnelles : Amnésie partielle, culpabilité excessive, humeur négative persistante.
- E. Hyperactivation : Irritabilité, troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut exagérées.
- F. Persistance des symptômes : Ils doivent être présents depuis au moins un mois et altérer significativement le fonctionnement quotidien de l'individu.
- G. Souffrance cliniquement significative : Impact négatif sur le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. Exclusion d'autres causes : Les troubles ne doivent pas être dus aux effets d'une substance ou à une autre condition médicale.

Deux spécifications supplémentaires sont introduites dans le DSM-5-TR :

Avec symptômes dissociatifs : Lorsque le patient présente des signes de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

À expression retardée : Lorsque les symptômes apparaissent six mois ou plus après l'événement traumatique[7].

TSPT sous-type dissociatif

Le DSM-5-TR reconnaît une spécification du TSPT accompagnée de symptômes dissociatifs, tels que :

La dépersonnalisation : Sentiment d'être détaché de soi-même, comme si l'on était un observateur extérieur de son propre corps ou de ses processus mentaux.

La déréalisation : Perception d'un monde extérieur altéré, semblant irréel, distant ou déformé.

Ces symptômes doivent être distingués des réactions dissociatives (ou flashbacks) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si l'événement traumatique était en train de se reproduire. Contrairement à la dépersonnalisation et la déréalisation, ces réactions font partie du critère B des symptômes envahissants du DSM-5-TR.

Dans une étude menée par Wolf [8], des preuves solides sont apportées en faveur de l'existence d'un sous-type dissociatif du TSPT. L'étude, portant sur 495 patients diagnostiqués avec un TSPT, montre qu'environ 12 % des participants présentent une combinaison spécifique de symptômes dissociatifs et de TSPT sévère.

Les résultats indiquent que ce groupe dissociatif a été davantage exposé à des abus sexuels, aussi bien dans l'enfance qu'à l'âge adulte, suggérant un lien potentiel entre les traumatismes sexuels répétés et le développement de la dissociation.

Ces conclusions sont renforcées par Hansen [9] enlever les parenthèses et mettre la citation, qui, à travers une revue systématique de la littérature et une analyse de classes latentes (LPA/LCA), confirme les résultats de l'étude précédente en identifiant des profils dissociatifs distincts chez les patients atteints de TSPT.

Facteurs de Risque du Trouble de Stress Post-Traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ne se développe pas systématiquement après un traumatisme, mais résulte d'une interaction entre plusieurs facteurs de risque. Parmi eux, certains sont individuels, comme les antécédents de troubles psychologiques (anxiété, dépression, troubles dissociatifs) et une prédisposition à la dissociation. D'autres concernent la nature du traumatisme : les événements intentionnels (agressions, violences sexuelles) sont plus susceptibles d'entraîner un TSPT que les accidents ou catastrophes naturelles, et une exposition prolongée à la menace amplifie le risque [10] . Enfin, des facteurs environnementaux jouent un rôle clé, notamment l'absence de soutien social après le traumatisme, qui compromet les capacités de résilience et qui semble important surtout dans un contexte de prévention (diminuant sensiblement le risque d'évolution vers un TSPT en cas de présence d'un groupe de soutien après l'évènement stressant). Parmi ces multiples éléments, nous tenons à remarquer la dissociation péri-traumatique qui est aujourd'hui considérée comme l'un des prédicteurs les plus robustes du TSPT, car elle semble influencer directement la manière dont l'expérience traumatique est encodée et mémorisée [10].

Dans cette perspective, Brewin et al. apportent un éclairage théorique particulièrement pertinent en révisant leur modèle de la double représentation (dual representation theory) du TSPT. Selon ce modèle, les souvenirs traumatiques seraient encodés dans deux systèmes de mémoire distincts : d'une part, les représentations contextuelles (C-reps), abstraites, flexibles et ancrées dans un cadre spatio-temporel, soutenues par l'hippocampe ; d'autre part, les représentations sensorielles (S-reps), riches en détails perceptifs et émotionnels, mais dépourvues de contexte, associées à des réseaux sensoriels et émotionnels comme l'amygdale. En situation de stress extrême, le bon fonctionnement de l'hippocampe peut être perturbé, tandis que l'amygdale est hyperactivée, favorisant ainsi l'encodage de ces représentations sensorielles sans intégration adéquate dans les représentations contextuelles. Ce déséquilibre peut être aggravé par des réactions dissociatives survenant pendant le trauma qui empêchent l'expérience d'être traitée de manière cohérente et intégrée [11].

Il en résulte que ces fragments sensoriels, mal encodés, peuvent resurgir ultérieurement sous forme d'images intrusives ou de flashbacks, vécus comme se produisant dans le présent. Dans ce prisme-là, la dissociation péri-traumatique joue un double rôle : mécanisme de protection immédiate face à l'horreur du vécu, elle constitue aussi un facteur central dans l'altération du traitement mnésique, participant ainsi directement à la genèse des symptômes caractéristiques du TSPT [11].

Dissociation

Encore aujourd'hui le concept de dissociation demeure un terrain de débat scientifique et clinique, sans une définition unique et universellement acceptée. Cette diversité d'interprétations reflète la complexité même des phénomènes dissociatifs, qui impliquent des mécanismes variés et qui peuvent se manifester de multiples façons selon les individus et les contextes.

Les définitions actuelles de la dissociation varient selon les approches théoriques et cliniques. L'objectif de ce paragraphe est donc celui d'explorer ces différentes formes de dissociation et d'en clarifier les contours à travers les recherches et les modèles théoriques plus récents.

Dissociation en psychiatrie

Le terme dissociation est utilisé en psychiatrie pour désigner une altération du fonctionnement psychologique, impliquant une rupture dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité et de la perception. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), cette perturbation peut se manifester sous différentes formes, allant de légers oublis ou épisodes d'absorption cognitive à des troubles dissociatifs graves impactant profondément le fonctionnement quotidien d'un individu.

Dans le DSM-IV-TR (2000), la dissociation est décrite comme :

« Une perturbation des fonctions normalement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement. »

Le DSM-5 (2013) maintient cette définition tout en intégrant la dissociation dans plusieurs catégories diagnostiques. Elle est notamment considérée comme un phénomène trans-diagnostique qui peut apparaître dans divers troubles, notamment les troubles dissociatifs, le

trouble de stress post-traumatique (TSPT) et certains troubles de la personnalité, comme le trouble borderline.

Le DSM-5 identifie plusieurs troubles dissociatifs sous la même catégorie et chacun de ces troubles correspondant à une expression spécifique de la dissociation :

- L'amnésie dissociative : Incapacité à se souvenir d'informations autobiographiques importantes, souvent à la suite d'un traumatisme ou d'un stress sévère. Ce trouble peut inclure une fugue dissociative, où la personne quitte soudainement son domicile ou son lieu habituel de vie avec une confusion sur son identité.
- Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) : Anciennement appelé trouble de la personnalité multiple, il se caractérise par la présence de deux ou plusieurs identités distinctes qui prennent alternativement le contrôle du comportement de l'individu, accompagné de lacunes mnésiques inexplicables.
- Le trouble de dépersonnalisation/déréalisation : Marqué par des épisodes récurrents de dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même, impression d'être un observateur externe de son propre corps ou de ses pensées) et/ou de déréalisation (sentiment d'irréalité ou de détachement vis-à-vis de l'environnement).
- Autres troubles dissociatifs spécifiés ou non spécifiés : Ces catégories permettent d'inclure des formes atypiques de dissociation qui ne remplissent pas totalement les critères des troubles précédents mais qui entraînent une souffrance clinique significative.

Bien que la dissociation soit le noyau des troubles dissociatifs, elle est aussi observée dans d'autres conditions psychiatriques :

- Dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT) : La dissociation peut se manifester par des symptômes d'engourdissement émotionnel, des flashbacks vécus avec un sentiment d'irréalité ou une déconnexion de la mémoire de l'événement traumatique mais aussi par des épisodes de déréalisation et dépersonnalisation.
- Dans le trouble borderline de la personnalité : Certains patients présentent des épisodes dissociatifs en réponse à un stress intense, pouvant inclure une sensation d'irréalité ou une perte de contact temporaire avec leur propre identité, ce type d'épisodes seraient moins fréquents et intenses que ceux présents dans le contexte d'un TSPT. [7] [1].

En conclusion, ce qui semble résumer la vision psychiatrique de la dissociation est la notion d'intégration. Que ce soit dans le DSM-5 ou dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), la dissociation est définie comme une altération ou une rupture dans l'intégration normale des pensées, des souvenirs, de l'identité, des émotions et de la perception de soi et du monde extérieur. Cependant, cette définition reste sujette à critique, notamment en raison de son caractère flou et peu précis. En effet, la notion d'intégration n'est pas clairement opérationnalisée, et elle englobe une grande variété d'expériences dissociatives.

Dissociation Péri-traumatique

La dissociation péri-traumatique désigne les expériences dissociatives qui apparaissent pendant ou immédiatement après un événement traumatique. Au niveau phénoménologique, cela peut se manifester par une dépersonnalisation (se sentir détaché de son propre corps), une déréalisation (avoir l'impression que l'environnement devient irréel), une amnésie dissociative (perte de

mémoire partielle ou totale sur l'événement) ou encore une insensibilité émotionnelle ou physique face au choc vécu [12].

De nombreux chercheurs considèrent la dissociation péri-traumatique comme un mécanisme de défense adaptatif qui permet à l'individu de se protéger d'un stress extrême. En instaurant une distance psychique avec la réalité du moment, elle joue un rôle de tampon émotionnel face aux sentiments d'impuissance, d'horreur ou de peur intense lors d'un événement traumatique. Cette forme d'autoprotection permet de minimiser la douleur et de maintenir un certain fonctionnement mental malgré la brutalité de l'événement [12].

Cependant, si cette dissociation peut être salvatrice à court terme, elle peut également entraîner des conséquences négatives à long terme. La méta-analyse de Lensvelt-Mulders et al. (2008) a mis en évidence un lien fort entre la dissociation péritraumatique et le développement ultérieur du trouble de stress post-traumatique (TSPT). En interrompant le traitement normal du souvenir traumatique, la dissociation péritraumatique favoriserait l'apparition de symptômes post-traumatiques, tels que des flashbacks intrusifs, des troubles de la mémoire et un sentiment persistant de détachement vis-à-vis de soi-même et de son environnement.

La dissociation péri-traumatique est donc théorisée comme une réaction immédiate à un choc extrême, qui peut initialement protéger l'individu, mais qui représente aussi un facteur de vulnérabilité majeur pour le développement du TSPT.

Dissociation Hypnotique

La dissociation hypnotique désigne un état dans lequel un individu, sous hypnose, expérimente une séparation entre différents niveaux de conscience, de perception et de contrôle volontaire, accompagnée d'une focalisation intense de l'attention. Ce phénomène, qui peut également survenir spontanément dans certaines situations du quotidien, est une modulation normale du fonctionnement cognitif et neurophysiologique et il n'a pas d'incidence durable sur le psychisme. Contrairement aux formes pathologiques de dissociation, il s'agit donc d'un processus réversible et contrôlable, qui n'altère pas le fonctionnement général de l'individu en dehors de l'expérience hypnotique [12].

Kirsch et al [13] soulignent que l'hypnose repose sur des mécanismes neurophysiologiques normaux, impliquant des modifications de l'activité cérébrale dans les régions liées à l'attention, la perception et le contrôle moteur. Ces observations suggèrent que la dissociation hypnotique n'est pas une anomalie, mais une capacité adaptative permettant une modulation de la conscience en fonction du contexte.

Ainsi, cette forme de dissociation doit être distinguée des troubles dissociatifs. Elle illustre la flexibilité cognitive et neurobiologique, favorisant des modifications temporaires de la perception, de la mémoire et du comportement, sans pour autant perturber l'équilibre mental de l'individu.

Le Rôle de l'Imagination dans l'Hypnose

Etant donné que certaines méthodes d'utilisation de l'hypnose en thérapie seront abordées successivement dans le mémoire nous mettons l'accent ici sur un élément central de l'expérience hypnotique : l'imagination. Elle joue un rôle clé dans la réceptivité aux suggestions et la manière dont les individus perçoivent et vivent les phénomènes hypnotiques. En effet, contrairement à une idée reçue, l'hypnose ne repose pas sur un état de sommeil ou de passivité,

mais sur une capacité amplifiée à générer et expérimenter des représentations mentales vivaces en réponse aux suggestions [14].

Les recherches en psychologie cognitive et en hypnose, notamment celles de Kirsch & Lynn [13], montrent que les personnes dotées d'une imagination particulièrement développée sont souvent plus sensibles aux suggestions hypnotiques. Cette sensibilité s'explique par leur aptitude à expérimenter des images mentales avec un haut degré de réalisme, facilitant ainsi les phénomènes hypnotiques tels que la catalepsie, l'analgésie ou les distorsions perceptuelles.

L'imagination permet aux individus hypnotisés de simuler mentalement une sensation ou une action suggérée, jusqu'à ce que cette simulation soit perçue comme une expérience réelle. Ce phénomène est particulièrement visible dans l'analgésie hypnotique, où une personne, en imaginant une anesthésie locale, réduit réellement sa perception de la douleur, un effet objectivement mesurable sur le plan neurophysiologique [13].

Plutôt que d'être un simple effet dissociatif, l'hypnose repose ainsi largement sur une immersion cognitive profonde dans des représentations mentales vivaces et convaincantes. Cette capacité ouvre la voie à de nombreuses applications cliniques, où l'hypnose mobilise l'imagination pour moduler la perception et le ressenti corporel de manière bénéfique, notamment dans la gestion de la douleur, le traitement des troubles anxieux et l'amélioration des performances cognitives et comportementales.

L'apport du modèle de Dell : hypnotisabilité et dissociation pathologique

Il semble opportun, dans ce contexte de faire référence au modèle proposé par Dell pour expliquer quel pourrait être le rôle de l'hypnotisabilité dans lors d'un événement traumatique. En effet, dans son modèle Paul F. Dell offre une lecture étiologique des troubles dissociatifs fondée sur l'interaction entre les événements traumatiques et des caractéristiques individuelles telles que l'hypnotisabilité. Contrairement aux perspectives strictement trauma-centriques, Dell avance le fait que l'exposition à un événement traumatique n'est pas suffisante en soi pour entraîner une dissociation pathologique. Seules les personnes présentant une capacité marquée à induire des états modifiés de conscience, autrement dit, une hypnotisabilité élevée, seraient susceptibles de développer une dissociation structurelle. C'est donc cette aptitude particulière qui permettrait l'émergence de sous-systèmes dissociés de la personnalité, formés par le recours répété à l'auto-hypnose comme stratégie d'adaptation à la souffrance. Il s'agit alors d'un mécanisme adaptatif qui, dans un contexte de stress intense et chronique, peut favoriser la mise en place d'une organisation dissociative stable. Dans cette perspective, ce n'est pas l'hypnose en elle-même qui est pathogène, mais bien son utilisation répétée dans un contexte extrême. Le modèle de Dell invite ainsi à penser la dissociation non comme un simple épiphénomène du trauma, mais comme le produit d'une interaction dynamique entre le vécu traumatique et les ressources internes du sujet [15].

Dissociation Structurelle

C'est sur les théories de Pierre Janet que d'autres auteurs se sont basés pour donner une définition de la dissociation structurelle. Dans ce cadre théorique l'activité psychique est considérée une « activité de synthèse » et l'échec de cette synthèse déterminerait une dissociation structurelle [12].

Il semble important de souligner que, dans cette théorisation, la capacité de synthèse d'un individu, c'est-à-dire l'intégration cohérente des expériences vécues au sein du champ de

conscience, peut être fragilisée par tout ce qui vient perturber l'état d'homéostasie. Des facteurs tels que des émotions intenses, une maladie aiguë ou chronique, ou encore un état de fatigue extrême peuvent altérer temporairement les ressources d'intégration psychique et de mentalisation. À cela s'ajoutent des facteurs plus structurels, comme un style d'attachement insécure et désorganisé, qui tend à fragiliser la capacité de résilience face au stress et rend le sujet plus vulnérable aux ruptures de continuité psychique. Tous ces phénomènes ont en commun le fait de provoquer une élévation marquée de l'activation physiologique (*arousal*), au-delà du niveau optimal, ce qui entraîne une altération des capacités de mentalisation et, par conséquent, de synthèse. Ce cadre conceptuel est notamment illustré par le modèle de la fenêtre de tolérance, qui identifie une zone optimale d'activation dans laquelle les fonctions d'apprentissage, de traitement de l'information et d'intégration émotionnelle peuvent s'exercer de manière efficace [12].

Nijenhuis, Van der Hart et Steele [16] ont donc repris la conception faite par Pierre Janet et sur la base de celle-ci ont élaboré le modèle intrapsychique de la dissociation structurelle.

Ils considèrent que l'intégration d'une expérience soit dépendante de deux processus différents : d'un côté la « synthèse » de tous les informations liées à une expérience (pensées, émotions, sensations) en un souvenir cohérent, et d'un autre côté la « personnification » c'est-à-dire la capacité de relier l'expérience à son identité (cela m'est arrivé).

Un traumatisme sévère altérerait ces processus empêchant le sujet d'intégrer l'expérience. En résulterait une dissociation structurelle de la vie psychique en deux types de parties : une partie de la personnalité restant figée dans le traumatisme et revivant la menace (PE-partie émotionnelle de la personnalité), et une autre partie qui essaierait d'ignorer le traumatisme pour fonctionner au quotidien (PAN- partie apparemment normale de la personnalité).

Le sujet alternerait donc des moments dans lesquels il est complètement détaché par rapport au traumatisme, avec une certaine insensibilité émotionnelle, une amnésie partielle ou une déconnexion du vécu (PAN), et des moments dans lesquels il revivrait le traumatisme sous forme de flashbacks, d'émotions intenses ou de réactions de défense (PE).

Ce modèle postule également la présence de différents niveaux de dissociation qui préconisent la présence de deux ou plusieurs PE et/ ou PAN mais cela semble aller au-delà des intérêts de ce mémoire et c'est pour cette raison que nous n'allons pas nous y intéresser d'avantage [16].

Dissociation : Etat ou Trait

Joanna Smith [12] propose une articulation théorique entre la dissociation péri-traumatique et la dissociation structurelle. Si la première est comprise comme une réponse adaptative à un stress aigu, la seconde serait davantage le résultat d'une exposition chronique et répétée à des situations traumatiques. Lorsqu'un individu est confronté à un événement potentiellement traumatique, il mobilise des réponses de défense immédiates. Cependant, dans le cas où cette réponse est réactivée de manière chronique, comme cela peut être observé, par exemple, chez une personne exposée de façon répétée à son agresseur dans un contexte intrafamilial (notamment dans les situations d'agressions sexuelles incestueuses), les mécanismes d'extinction de la peur se trouvent altérés [17]. Cette réactivation répétée du système de défense aurait des conséquences neurobiologiques notables, telles qu'une diminution progressive des taux de noradrénaline et de dopamine, associée à une hypersensibilité des récepteurs du système noradrénergique. Le sujet développerait alors une forme d'anesthésie face au stress

chronique, qui se traduirait par un mode de fonctionnement binaire : en l'absence de menace aiguë, une anesthésie émotionnelle prédominerait, tandis qu'en présence d'un nouveau danger, une hyperactivation massive surviendrait, alimentée par cette hypersensibilité acquise du système de stress [12].

Dissociation : détachement et la compartimentalisation

Au sein des phénomènes dissociatifs, la distinction entre détachement et compartimentalisation semble apporter une compréhension plus fine des mécanismes psychologiques impliqués. Selon le modèle bipartite proposé par Holmes et al. dans un premier moment et approfondi par Brown [18], le détachement se caractérise par un état altéré de conscience où l'individu se sent séparé de ses expériences émotionnelles, de son corps, de lui-même ou de l'environnement. Ces phénomènes incluent la dépersonnalisation, la déréalisation, l'anesthésie émotionnelle ou les expériences de sortie du corps, et s'inscrivent souvent dans une continuité avec des états de stress aigu. À l'inverse, la compartimentalisation réfère à une altération dans le contrôle volontaire de certaines fonctions cognitives, motrices ou mnésiques, qui bien que toujours actives en arrière-plan, échappent à la conscience volontaire et sont perçues comme incontrôlables. Elle comprend par exemple les amnésies dissociatives, les conversions motrices ou sensorielles, les actions perçues comme "imposées", et le trouble dissociatif de l'identité. Tandis que le détachement semble découler d'un mécanisme de protection émotionnelle automatique en réponse au stress, la compartimentalisation traduit une dissociation plus structurelle de certaines fonctions mentales, souvent en lien avec des conflits internes ou des contenus inaccessibles à la conscience.

Cette distinction, tout comme celles évoquées dans les paragraphes précédents concernant les différents types de dissociation, pourrait avoir des répercussions majeures, notamment en matière d'évaluation clinique. En effet, l'échelle la plus couramment utilisée, la *Dissociative Experiences Scale* (DES) [19], repose sur une conception unitaire de la dissociation et tend à regrouper sous un même score global des manifestations pourtant hétérogènes, telles que l'absorption, la dépersonnalisation et l'amnésie. Or, en ne différenciant pas les mécanismes spécifiques, la DES risque de fournir une mesure imprécise, voire trompeuse, du fonctionnement dissociatif d'un individu. Cela souligne l'importance d'une évaluation plus nuancée, s'appuyant sur des outils complémentaires ou sur des sous-échelles permettant d'identifier distinctement les différentes dimensions dissociatives.

En somme, reconnaître la pluralité des formes de dissociation ne semble pas relever seulement d'une précision théorique, mais constituerait un enjeu fondamental pour affiner et adapter les interventions thérapeutiques aux spécificités de chaque patient. Dans cette perspective, le *Multidimensional Inventory of Dissociation* (MID) semblerait un outil d'évaluation particulièrement pertinent. Contrairement au DES, il repose sur une conception dimensionnelle et phénoménologique de la dissociation, centrée sur l'analyse fine des manifestations subjectives telles qu'elles sont vécues par les personnes concernées. Il permet d'identifier 23 symptômes dissociatifs spécifiques, répartis selon trois axes cliniques correspondant à des intrusions partiellement ou totalement dissociées (critères A, B et C), et propose une interprétation différenciée des expériences rapportées. Cette approche multiscalaire contribue ainsi à distinguer les différentes formes de dissociation (par exemple, détachement vs compartimentalisation) et permettrait d'affiner les interventions thérapeutiques. À noter que, à la différence du DES, le MID ne prend pas en compte les formes non pathologiques de dissociation telles que l'absorption ou la rêverie, ce qui renforce sa spécificité clinique [20].

Bien que la version française du MID soit disponible, il convient enfin de souligner qu'elle n'a pas encore fait l'objet d'une validation psychométrique, ce qui en restreint pour l'instant l'utilisation à un cadre exploratoire ou clinique spécialisé.

Neurobiologie de la Dissociation

D'un point de vue neurobiologique, la dissociation est associée à des modifications fonctionnelles et structurelles du cerveau, notamment dans les interactions entre le cortex préfrontal, l'amygdale, l'insula et la substance grise périaqueducule (PAG). Dans leur article Lanius et al [21] mettent en lumière plusieurs modèles explicatifs avec l'idée d'avoir une vision globale et exhaustive de la neurobiologie qui sous-tend la dissociation.

La dissociation comme inhibition fronto- limbique

Dans leur article, Lanius et al proposent en effet deux modèles de TSPT distinct (classique et dissociatif) selon le degré de modulation émotionnelle.

Les recherches en neuro-imagerie montrent en effet que la dissociation est liée à une régulation excessive des émotions, ce qui entraîne une inhibition accrue des régions limbiques, comme l'amygdale. Contrairement aux profils classiques de TSPT, caractérisés par une hyperactivation de l'amygdale et une réduction de l'activité préfrontale, la dissociation est associée à un contrôle excessif exercé par le cortex préfrontal médian (mPFC) sur l'amygdale. Ce phénomène, appelé "surmodulation émotionnelle", serait à la base des symptômes comme la dépersonnalisation et la déréalisation.

Les individus présentant un TSPT dissociatif montrent ainsi une connectivité accrue entre le mPFC et l'amygdale, ce qui inhibe les réactions émotionnelles normales et produit un état de détachement émotionnel [21].

Ce qui semble important à remarquer dans ce cadre c'est la possibilité des patients avec un sous-type dissociatif du TSPT d'alterner entre des moments caractérisés par une surmodulation émotionnelle et des moments caractérisés par une sous-modulation émotionnelle. Ce qui rejoint le modèle théorique de la dissociation structurelle proposé par Nijenhuis, Van der Hart et Steele.

La dissociation dans le modèle de la cascade défensive

Un autre modèle explicatif proposé par Kozłowska, Schauer et Elbert [21] est celui de la cascade défensive, qui décrit la dissociation comme une réaction passive de survie face à une menace inévitable. Ce modèle identifie plusieurs étapes de réponse à une menace :

- Hypervigilance : Activation du système sympathique et augmentation de la vigilance.
- Réaction de fuite ou de lutte : Si possible, la personne tente d'échapper à la menace.
- Immobilité tonique : Lorsque la menace est perçue comme inévitable, le corps entre dans un état d'immobilité volontaire, caractérisé par une inhibition motrice et une réduction de la douleur.
- Effondrement dissociatif : Si la menace persiste, un état d'"immobilité non réactive" ou de "shutdown" se produit, avec activation du système parasympathique, entraînant une dissociation marquée.

Ce dernier état est médié par une activation de la substance grise périaqueducule ventrolatérale (vlPAG), qui agit comme un "frein" à l'activation du système de la peur. L'individu entre alors dans un état de dissociation protectrice, marqué par un engourdissement émotionnel et sensoriel, une réduction de la perception de la douleur et une diminution des réactions comportementales aux stimuli externes.

Dans ce modèle, le thalamus joue un rôle fondamental pour expliquer les symptômes dissociatifs. En effet normalement le thalamus est impliqué dans le filtrage des stimuli sensoriels, permettant une évaluation rapide de la menace. Son activation favorise donc une réaction rapide au danger en augmentant la perception des signaux externes. Il est fortement activé en début de réponse au stress pour permettre une réaction rapide. Son activité diminue progressivement à mesure que la menace devient inévitable jusqu'à quand vlPAG inhibe complètement le thalamus lors du Shutdown Dissociatif, entraînant une désafférentation corticale. Ce mécanisme de désafférentation corticale serait donc le responsable de la réduction de l'intégration des stimuli sensoriels, contribuant ainsi à l'engourdissement émotionnel et sensoriel observé dans la dissociation [21].

Rôle des systèmes neurochimiques : Opiïdes et endocannabinoïdes

Deux systèmes neurochimiques jouent un rôle clé dans la régulation de la dissociation. Ces deux systèmes, qui régulent le stress, la douleur et l'intégration sensorielle, sont impliqués dans la modulation des réponses défensives du cerveau face à une menace perçue comme inévitable. Leur activation excessive peut expliquer les symptômes dissociatifs tels que l'engourdissement émotionnel, la réduction de la perception de la douleur et les altérations de la conscience [21].

Le système opioïde et l'analgésie dissociative

Lorsqu'une personne est confrontée à un danger inévitable, comme un traumatisme extrême, son cerveau réagit en activant le système opioïde endogène, qui fonctionne comme une anesthésie naturelle [21].

Les récepteurs mu-opioïdes, stimulés par la β -endorphine, permettent une réduction immédiate de la douleur. Ce mécanisme expliquerait donc pourquoi certaines victimes de traumatismes graves ne ressentent aucune douleur sur le moment, même en cas de blessures sévères [21].

En parallèle, les récepteurs kappa-opioïdes (KOR), activés par la dynorphine, créent une déconnexion émotionnelle. Cela se traduirait par un sentiment de vide intérieur, une perte d'émotions, voire une sensation de flottement ou de dépersonnalisation [21].

En outre, des études montrent que la stimulation des récepteurs kappa-opioïdes (KOR) entraîne des altérations de la perception de soi et du monde extérieur, similaires aux expériences subjectives de dissociation. De plus, des niveaux élevés d'opioïdes endogènes sont corrélés à des états de shutdown dissociatif, où l'individu se sent émotionnellement engourdi et détaché de son environnement [21].

Avec le temps, si ces systèmes sont trop souvent sollicités, le cerveau s'habitue à fonctionner dans cet état d'anesthésie prolongée. Il en résulterait une désensibilisation progressive qui maintient l'individu dans une distanciation émotionnelle et physique, même lorsque la menace a disparu [21].

Le système endocannabinoïde et la modulation du stress

Le système endocannabinoïde est un autre acteur clé dans la régulation de la réponse au stress et de la perception sensorielle. Il est constitué principalement des récepteurs CB1 et CB2, qui interagissent avec des substances naturelles appelées endocannabinoïdes (comme l'anandamide et le 2-AG) [21].

Les récepteurs CB1, largement distribués dans le cerveau, modulent la transmission sensorielle et émotionnelle. Lorsqu'une personne subit un stress intense, l'activation des CB1 entraîne une diminution des signaux sensoriels, contribuant à un état d'engourdissement émotionnel et physique. Cette action sur les circuits sensoriels pourrait expliquer des symptômes tels que le fait de ne pas ressentir son propre corps ou le fait d'éprouver une sensation de flottement [21].

Le système endocannabinoïde joue donc un rôle essentiel dans l'adaptation du cerveau au stress. Il aide à équilibrer l'activité de l'amygdale, du cortex préfrontal et de la substance grise périaqueducale (PAG), qui régulent les réponses défensives. Des études montrent que, chez les personnes souffrant de TPST, on observe une diminution des niveaux d'endocannabinoïdes, ce qui entraîne une hypersensibilité au stress et une augmentation de l'hypervigilance [21].

Il semble important en outre de souligner que l'activation des récepteurs CB1 peut avoir des effets opposés selon le contexte. À faible dose, elle apaise le stress et favorise un état de détente, tandis que à dose élevée, elle peut augmenter l'anxiété et provoquer un état d'hypervigilance. Ce paradoxe pourrait expliquer pourquoi certaines personnes oscillent entre un état d'indifférence émotionnelle et des épisodes soudains de panique ou d'hyper-réactivité [21].

A ce jour le rôle joué par le système endocannabinoïde dans l'apparition d'un sous-type dissociatif de TSPS reste à définir avec précision mais il semble raisonnable penser qu'il ait un lien étroit entre une dysrégulation de ce système et l'apparition de ce trouble [21].

Dissociation et attachement

L'attachement et la dissociation sont deux concepts clés dans la compréhension du développement psychologique et des troubles liés aux traumatismes, notamment le TSPT et les troubles dissociatifs. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence des liens étroits entre des styles d'attachement inséculaires et la propension à la dissociation, notamment chez les individus ayant vécu des traumatismes précoces.

La théorie de l'attachement, développée par John Bowlby, souligne l'importance des premières relations entre l'enfant et ses figures d'attachement dans la construction de sa sécurité affective et de sa régulation émotionnelle.

Un attachement sécurisé offre un cadre stable où l'enfant peut apprendre à réguler ses émotions, à tolérer la détresse et, une fois que le stress a été régulé, à explorer son environnement avec confiance. L'enfant développe alors des modèles internes opérants (MIO) cohérents, c'est-à-dire des schémas cognitifs stables qui lui permettent d'anticiper des interactions positives avec autrui. Ces modèles influencent la manière dont il perçoit les relations futures : un modèle interne opérant cohérent favorise une identité stable et une gestion adaptative du stress.

Un attachement sécurisé joue donc un rôle essentiel dans la régulation du stress, en augmentant la fenêtre de tolérance face aux événements stressants et en permettant une meilleure résilience face aux défis de la vie.

À l'inverse, un attachement insécuré (évitant, ambivalent ou désorganisé) est souvent associé à des difficultés de régulation émotionnelle, une sensibilité accrue au stress et des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles [22].

Attachement désorganisé et processus dissociatifs

Liotti propose dans ses articles une théorie explicative de la vulnérabilité des patients avec un style d'attachement désorganisé à la dissociation. Il arrive même à conceptualiser le style d'attachement désorganisé lui-même comme une première forme de dissociation.

Il souligne comme face à une figure d'attachement effrayante ou incohérente, l'enfant ne peut pas adopter une stratégie claire d'approche ou d'évitement. Ce paradoxe entraîne alors une désorganisation du système d'attachement, où l'enfant oscille entre besoin de proximité et peur de la figure d'attachement. Cette confusion affecte ensuite aussi le développement des modèles internes opérants, qui deviennent instables et incohérents.

Selon Liotti donc, cette désorganisation de l'attachement constitue une base neurobiologique et psychologique propice à la dissociation dû d'un côté à la diminution de la fenêtre de tolérance au stress avec une conséquente déficit métacognitif, et dans l'autre à la présence de modèles internes opérants multiples et incompatibles qui altèrent la fonction intégrative de la mémoire, de la conscience et de l'identité [22] [12].

L'absence de protocoles thérapeutiques pour le TPST dissociatif et impacte de la dissociation sur la thérapie

Il est important de remarquer qu'à ce jour, il n'existe pas de recommandations officielles pour la prise en charge du sous-type dissociatif du trouble de stress post-traumatique, que ce soit de la part de l'Association américaine de psychiatrie (APA) ou de la Société internationale pour les études du stress post-traumatique (ISTSS). Bien que certaines approches cliniques tiennent compte de la dissociation (par exemple, le modèle en phases), aucun consensus thérapeutique clair et validé scientifiquement ne guide la prise en charge de manière standardisée à l'échelle internationale. Cela crée une zone d'incertitude dans la pratique clinique, particulièrement face à des patients dont les réponses dissociatives interfèrent avec l'alliance thérapeutique et les capacités d'intégration émotionnelle.

L'ISTSS ne se prononce pas spécifiquement sur le sous-type dissociatif du TSPT, mais reconnaît la conceptualisation du TSPT complexe dans la CIM-11 comme un cadre pertinent pour orienter l'évaluation et le traitement. Si le modèle en phases apparaît cliniquement pertinent pour accompagner des patients présentant des troubles complexes, il reste encore peu validé empiriquement à ce jour. L'ISTSS recommande donc de développer des recherches évaluant l'efficacité de séquences thérapeutiques ciblant les difficultés spécifiques du TSPT complexe, d'examiner l'impact de l'ordre des interventions mais aussi d'explorer d'autres approches flexibles et modulaires. Ces pistes visent à renforcer l'adéquation des soins aux besoins particuliers de ces patients [23].

Dans ce contexte, l'étude de Spitzer et al. [24] apporte un éclairage précieux. Bien que leur recherche ne porte pas exclusivement sur le TPST, les auteurs montrent que la dissociation a un impact négatif significatif sur les résultats d'une psychothérapie à court terme, quels que soient

les diagnostics principaux des patients (troubles dépressifs, anxieux ou somatoformes). Plus précisément, ils constatent que les patients présentant des niveaux élevés de dissociation au début du traitement ont des résultats moins bons dans la thérapie, indépendamment d'autres facteurs cliniques comme les troubles de la personnalité ou les problèmes interpersonnels. Cette dissociation semble agir comme un mécanisme de défense face aux émotions activées en séance, réduisant ainsi l'efficacité du travail thérapeutique.

De manière complémentaire, Atchley & Bedford [25], dans leur revue systématique, soulignent que la dissociation ne se limite pas à un symptôme secondaire du TPST, mais constitue un facteur potentiellement en mesure d'interférer avec le processus thérapeutique lui-même. Ils rappellent en effet que les symptômes dissociatifs peuvent empêcher le traitement émotionnel du traumatisme, notamment en perturbant l'accès aux souvenirs ou en bloquant la réaction affective. Bien que certaines approches comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ou la thérapie d'exposition prolongée montrent des effets positifs sur la dissociation, leur efficacité reste limitée chez les patients fortement dissociatifs. Les auteurs plaident ainsi pour un développement urgent de protocoles spécifiques adaptés à cette population, et rappellent qu'en l'absence de tels protocoles, les cliniciens restent souvent démunis face à ces formes de souffrance psychique particulièrement complexes.

Dans cette même perspective, l'étude de Kleindienst et al. [26] apporte des éléments empiriques convaincants sur l'impact de la dissociation d'état, c'est-à-dire les épisodes dissociatifs survenant durant les séances, dans le cadre d'un traitement structuré de type DBT-PTSD (Dialectical Behavior Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder). Conduite auprès de femmes présentant un TPST suite à des abus sexuels dans l'enfance, cette recherche montre que plus les patientes vivent de dissociation pendant les séances, moins elles bénéficient des effets thérapeutiques de l'intervention, même en l'absence de trouble borderline. À l'inverse, la dissociation de trait, mesurée au début du traitement, ne permet pas de prédire l'évolution clinique.

Les auteurs distinguent ainsi deux formes de dissociation. La dissociation de trait renvoie à une vulnérabilité stable à vivre des expériences dissociatives dans divers contextes de la vie quotidienne (par exemple : déréalisation, amnésie, dépersonnalisation récurrentes). À l'inverse, la dissociation d'état désigne des réactions aiguës, transitoires et situationnelles, qui apparaissent dans des moments de stress émotionnel intense, typiquement lors de séances d'exposition à des souvenirs traumatiques, et qui interfèrent directement avec la présence mentale et émotionnelle du patient.

Ces résultats suggèrent donc que les états dissociatifs transitoires au cours des séances peuvent entraver les mécanismes de changement thérapeutique, notamment l'intégration émotionnelle et la plasticité neuronale. Ils renforcent l'idée que la définition, la classification et l'évaluation clinique des différentes formes de dissociation doivent être encore davantage précisées et consolidées. Parallèlement, ces données soutiennent la nécessité d'une prise en compte fine et dynamique de la dissociation au cours même des séances, qui devrait être accompagnée de stratégies d'intervention ciblées et intégrées aux protocoles thérapeutiques existants [26].

La « Psychothérapie du Trauma Réassociative »

Gérald Brassine propose une approche novatrice dans le traitement du Trouble de Stress Post-Traumatique. Son travail intègre les concepts systémiques de Palo Alto, notamment la notion de

"Tentatives de Solution", ainsi que les phénomènes hypnotiques dissociatifs rencontrés lors de chocs traumatiques (dissociation péri-traumatique). Cette approche a donné naissance à la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR) [14].

Dans cette perspective, les tentatives de solution sont considérées comme des processus inconscients. Elles se traduisent à la fois par des comportements d'évitement et par la réactivation automatique de mécanismes dissociatifs lorsque la personne est confrontée au souvenir de l'événement traumatique. Ces phénomènes de dissociation péri-traumatique sont donc envisagés comme des protections psychiques : la PTR les qualifie de « protections dissociatives ». Le problème survient lorsque ces mécanismes, initialement utiles pour la survie psychique, se maintiennent de manière chronique et se réactivent en présence de stimuli associés au trauma. Ce qui constituait à l'origine une stratégie d'adaptation se transforme alors en un ensemble de symptômes invalidants [14].

Cette approche se fonde sur la théorisation selon laquelle le Trouble de Stress Post-Traumatique et ses nombreux symptômes ne résultent pas directement de l'incident traumatique lui-même, mais des inscriptions mnésiques laissées par cet événement. C'est en travaillant spécifiquement sur ces enregistrements mnésiques que la PTR vise une amélioration durable du tableau clinique [14].

Par ailleurs, cette approche conceptualise que les symptômes dissociatifs survenus au moment du traumatisme jouent un rôle central dans l'altération de ces inscriptions. En effet, ces phénomènes de dissociation péri-traumatique plongerait le patient dans un état proche de l'hypnose, mis en place initialement comme un mécanisme de protection face à l'insupportable. Chaque fois que le souvenir traumatique est réactivé, le patient ne se contente pas de se remémorer l'événement : il réexpérimente, de manière inconsciente, l'état dissociatif originel ainsi que les symptômes qui l'accompagnent.

Dans cette perspective, le travail thérapeutique ne consiste pas à forcer une confrontation directe avec le souvenir, mais plutôt à apprivoiser ce processus dissociatif : en permettant au patient de se réapproprier volontairement cet état et de le maîtriser, le thérapeute l'aide à "sortir" progressivement de cette forme d'hypnose traumatique. Grâce à l'utilisation stratégique des phénomènes dissociatifs eux-mêmes, transformés en ressources plutôt qu'en entraves, la PTR vise une désensibilisation douce et sécurisée des traces mnésiques, ouvrant ainsi la voie à une réparation psychique profonde [14].

L'originalité de la PTR réside ainsi dans l'utilisation volontaire, paradoxale et thérapeutique de ces états dissociatifs.

Cette approche se base également sur une manière spécifique de se relationner au patient dont le but est l'instauration d'une relation de collaboration active entre le thérapeute et le patient. Le thérapeute adopte une posture de « facilitateur » : il accompagne le patient sans jamais exercer d'autorité ni imposer de direction prédéfinie. Ce choix méthodologique vise à éviter toute reproduction d'une dynamique d'impuissance, fréquemment au cœur des expériences traumatiques (Brassine & Tonglet, Surmonter le traumatisme, initiation à la PTR, 2023).

La PTR privilégie ainsi une hypnose ericksonienne conversationnelle et stratégique, qui se distingue des approches classiques fondées sur des suggestions indirectes ou sur des techniques comme la confusion. Dans ce cadre, l'induction de la transe repose sur l'activation des ressources du patient par l'imaginaire et la mémoire, et non sur l'imposition d'états ou de comportements [14].

Tout au long de la thérapie, le patient reste pleinement acteur de son processus. Il est encouragé explicitement à exprimer son ressenti, à refuser les propositions qui ne lui conviennent pas et à proposer ses propres idées pour transformer les scènes traumatiques. Ce respect de l'autonomie favorise non seulement le développement d'une alliance thérapeutique solide, mais renforce également le sentiment d'auto-efficacité, indispensable à la réparation psychique. Dans une perspective de sécurisation constante, le thérapeute veille à ce que chaque étape du travail soit vécue dans le confort. Le dialogue permanent permet d'ajuster les interventions au vécu du patient, tout en évitant la réactivation douloureuse des souvenirs traumatiques. Ainsi, l'attitude du thérapeute en PTR se caractérise donc par un profond respect du rythme et des besoins du patient, visant à restaurer, dans un cadre sécurisé, ses capacités à se réapproprier son histoire traumatique et à redevenir pleinement acteur de son expérience intérieure [14].

Sur cette base relationnelle solide, le travail thérapeutique proprement dit peut s'engager. L'objectif est multiple : il s'agit d'amener le patient à maîtriser lui-même ses « protections dissociatives », expérimentant ainsi pour la première fois un véritable contrôle sur ce qu'il subissait auparavant ; d'utiliser ces phénomènes dissociatifs comme des « anesthésiants » facilitant la confrontation avec les éléments traumatiques encore trop douloureux pour être pleinement intégrés ; et enfin de mobiliser ces états comme des « têtes chercheuses », capables de guider le patient au cœur de l'incident traumatique, même en cas d'amnésie partielle ou totale.

Une fois le patient rassuré quant à la nature et au fonctionnement de ces phénomènes, le processus de désensibilisation des souvenirs traumatiques peut débuter, grâce à l'utilisation stratégique des « anesthésiants dissociatifs ». Le patient est alors invité à mobiliser ces ressources protectrices au moment de l'exposition aux souvenirs douloureux, jusqu'à atteindre un niveau de confort suffisant.

À partir de là, thérapeute et patient travaillent ensemble à la création de transformations visant à réélaborer et apaiser la scène mnésique traumatique. Cette ré-scénarisation progressive permet non seulement un apaisement des émotions associées au souvenir, après qu'elles aient été retrouvées et exprimées, mais aussi une remise en question des croyances dysfonctionnelles issues de l'événement, jusqu'à une transformation profonde du regard que le patient porte sur l'expérience vécue [14].

Protocole thérapeutique de la « PTR » :

Sur la base des travaux de G. Brassine [14] et de l'observation de son travail clinique, nous proposons ci-dessous un protocole d'intervention simplifié, permettant de mieux comprendre les grandes lignes du déroulement thérapeutique selon le cadre de la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR). Le but de ce protocole est de mettre en lumière les principaux temps et éléments constitutifs de cette approche, tout en ayant la certitude qu'il ne saurait être exhaustif.

Ce protocole n'a pas l'ambition de représenter l'intégralité des outils mobilisés dans la PTR, mais s'appuie sur une sélection ciblée d'éléments-clés de l'approche. Le but d'une telle démarche est de proposer une version structurée et reproductible, pouvant servir de base à de futures études empiriques visant à évaluer l'efficacité de cette démarche thérapeutique.

1. Établissement du cadre thérapeutique

- Objectifs de départ : expliquer la nature du Trouble de Stress Post-Traumatique (TPST), les symptômes associés et les symptômes dissociatifs.
- Psychoéducation : informer le patient que les symptômes qu'il vit (flashbacks, désengagement émotionnel, troubles du sommeil, etc.) peuvent être liés à des « protections dissociatives », mécanismes mis en place par l'inconscient pour le protéger et à leur conséquences.
- Explication de l'approche : décrire la PTR comme une méthode qui utilise ces phénomènes dissociatifs de façon volontaire, paradoxale et sécurisée.

2. Hypnose conversationnelle et sécurisation

- Mise en place d'un cadre d'alliance thérapeutique solide, fondé sur la sécurité, la confiance et la collaboration.
- Instauration d'une dynamique d'égalité et de réciprocité : inviter le patient à refuser toute proposition qui ne lui conviendrait pas.
- Faire expérimenter l'invulnérabilité (par exemple, proposer au patient de penser à deux éléments privés qu'il choisit de ne pas partager).
- Induire un état hypnotique en s'appuyant soit sur le souvenir d'une expérience agréable, soit sur la concentration sur des émotions désagréables ou des douleurs psychosomatiques.
- Utiliser l'hypnose conversationnelle pour :
 - Créer un espace de sécurité,
 - Renforcer le sentiment de contrôle du patient,
 - Amorcer un état de conscience modifiée propice au travail dissociatif.

3. Activation volontaire des états dissociatifs

- Proposition au patient d'explorer volontairement ses phénomènes dissociatifs dans un cadre sécurisant, en maintenant un contrôle actif.
- Objectif : Transformer ces états, auparavant subis, en ressources mobilisables.

4. Désensibilisation des souvenirs traumatiques

- Exposition encadrée : invitation à évoquer l'événement traumatique tout en maintenant les protections dissociatives, souvent cumulées.
- Travail de co-construction de la transformation/ ré-scénarisation progressive du souvenir.
- Apaisement émotionnel : poursuivre le travail jusqu'à diminution significative de la charge émotionnelle associée.

5. Travail sur les croyances dysfonctionnelles

- Identifier les croyances issues de l'expérience traumatique (par exemple : « je suis coupable », « je suis en danger ») et leur correction (« ce n'est pas de ma faute », « je n'aurais pas pu faire autrement ») suite à la désensibilisation des souvenirs traumatiques.
- Vérifier le changement de prisme à travers les réactions émotionnelles et narratives du patient.

6. Réassociation et consolidation

- Une fois le souvenir désensibilisé, renforcer l'intégration de l'expérience transformée à l'histoire de vie du patient.

7. Clôture de la séance

- Ramener le patient à un état de conscience ordinaire.
- Faire un debriefing verbal sur le vécu de la séance.
- Revaloriser les ressources activées durant la séance.

8. Évaluation du processus

- Au fil des séances, évaluer l'évolution des symptômes post-traumatiques.
- Adapter le rythme du travail en fonction de la stabilité psychique du patient.
- Prévoir un suivi post-traitement pour ancrer les acquis.

Cas Clinique

Le patient, un homme d'une trentaine d'années, est originaire d'un pays d'Afrique centrale marqué par un génocide dans les années 1990. Il est arrivé en Belgique en 2017, seul, après un parcours migratoire difficile. Aujourd'hui, il vit seul dans un logement, travaille à temps plein et tente de construire une forme de stabilité, malgré les séquelles laissées par un passé marqué par des violences extrêmes.

Durant son enfance, à l'âge de 8 ans, il a été enrôlé de force comme enfant soldat. Son père a été tué pendant le conflit, sa mère est décédée plusieurs années plus tard, et ses frères et sœurs vivent toujours dans son pays d'origine. Lors du premier entretien, il se présente accompagné, incapable de rester seul dans le bureau. Il montre très peu d'émotions, reste figé, distant, avec ce qui évoque un état d'engourdissement émotionnel. C'est son accompagnant qui me signale les éléments les plus préoccupants : des pertes de contact avec la réalité, lors desquelles le patient se retrouve dans un lieu sans savoir comment il y est arrivé, envahi par des images traumatiques auxquelles il ne parvient pas à mettre des mots. Il parle aussi d'une irritabilité constante et d'un isolement volontaire, qu'il décrit comme son seul moyen de se protéger. À cela s'ajoutent un sentiment profond d'insécurité, des troubles du sommeil, une hypervigilance permanente, des souvenirs intrusifs et un rapport douloureux à son histoire.

Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TPST) est confirmé cliniquement et par la passation du questionnaire PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) [27]. À ce stade, je lui propose un cadre thérapeutique fondé sur la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR), méthode dans laquelle je suis formé. L'objectif initial est d'offrir au patient un espace sécurisant où il pourra approcher ses souvenirs traumatiques de manière volontaire et contrôlée. Pour favoriser son sentiment de sécurité et d'autonomie, je lui propose qu'il prenne lui-même l'initiative de fixer les rendez-vous thérapeutiques, chaque fois qu'il se sent prêt à travailler sur un souvenir. En parallèle, un suivi psychiatrique est assuré par moi-même à une fréquence trimestrielle, afin d'évaluer l'évolution clinique et d'ajuster si besoin le traitement pharmacologique (Paroxetine et Atarax).

Les premiers temps sont consacrés à de la psychoéducation autour des mécanismes du TPST, et en particulier de la dissociation, que nous abordons comme une stratégie de survie mise en place par l'inconscient. Cette phase est essentielle : elle permet de poser les bases d'une alliance thérapeutique solide.

Le travail proprement dit débute dans un cadre d'hypnose conversationnelle stratégique, en s'appuyant sur des souvenirs positifs évoqués par le patient (regarder un match, une sortie à la plage avec des amis). Cet état de sécurité intérieure est essentiel : il permet au patient de se sentir

pleinement à l'aise avant d'entamer le travail sur les souvenirs traumatiques et de constater qu'il a un contrôle sur le système nerveux autonome (apaisement lors de la visualisation des souvenirs agréables), tout en offrant une base stable sur laquelle s'appuyer ensuite pour la désensibilisation. Les souvenirs et les sensations positifs évoqués en début de séance seront mobilisés tout au long du processus, notamment en étant juxtaposés à des souvenirs douloureux déjà ré-scénarisés, facilitant ainsi l'apaisement émotionnel et l'intégration.

Au fil des séances, le patient est invité à activer volontairement ses états dissociatifs dans un environnement sécurisé. Cette démarche paradoxale, au cœur de la PTR, lui permet de reprendre le contrôle sur ce qu'il subissait auparavant. Après avoir d'abord travailler sur un souvenir désagréable quoique mineur en charge émotionnelle, il commence à évoquer des souvenirs fragmentés mais très marquants et violents. D'autres émergent ensuite, comme celui de son enrôlement par des soldats. Le travail de ré-scénarisation se fait avec lui, qui participe activement tandis que je m'applique à proposer les options qui me semblent les plus pertinentes. Il décide par exemple de transformer les armes en pistolet à eau et de diminuer la taille des soldats jusqu'à ce qu'ils aient la taille de petits insectes. Il me paraît essentiel de souligner l'apport gigantesque du patient lui-même, invité à participer à la cocréation de ces ré-scénarisations. Il ne manque pas de me corriger, d'enrichir et d'ajuster les scènes proposées afin qu'elles soient le plus alignées possible avec ses besoins, jusqu'à l'être restés inconscients. Cela lui permet de s'opposer là où, dans la réalité, il n'avait aucun pouvoir d'agir, de rendre leur dignité à des victimes laissées à terre, et de désensibiliser des scènes d'une grande violence. Il peut par exemple libérer et protéger des victimes de leurs bourreaux en les envoyant loin de la zone de guerre.

Dans un second temps, à mesure que le récit devient plus cohérent et organisé, nous commençons également à travailler sur les croyances dysfonctionnelles qui l'accompagnent depuis longtemps : « je suis en danger », « je dois rester seul », « je suis coupable ». Ces croyances sont doucement interrogées, recadrées, transformées. Parfois, le patient lui-même les confronte directement en revenant sur certains épisodes de vie, avec des prises de conscience soudaines : « je ne pouvais rien faire d'autre, je n'étais qu'un enfant ». Il remet comme ça en question la culpabilité jusqu'à la présente.

Ce qui me semble particulièrement remarquable, en tant que thérapeute l'ayant accompagné tout au long de ce processus, et pendant un total d'environ 15 séances de psychothérapie, c'est l'évolution globale du patient : d'une attitude marquée par l'engourdissement émotionnel, l'hypomimie et la difficulté à entrer en lien, il est progressivement passé à une posture ouverte, expressive, dans des échanges empreints de fluidité et de présence.

Ce changement s'observe aussi dans le rapport aux souvenirs : des fragments confus, difficiles à verbaliser, ont gagné en clarté et en cohérence, s'inscrivant dans une narration plus structurée. Le patient revient parfois sur ces souvenirs pour les préciser, signe d'une intégration progressive.

Il semblerait que n'est qu'à ce moment, une fois les émotions confrontées et les souvenirs intégrés, qu'il a pu identifier les croyances dysfonctionnelles associées à ces événements. Cela souligne l'importance de respecter la temporalité du processus, et de créer un espace thérapeutique suffisamment contenant pour permettre cette transformation.

Au fil du suivi, je constate des changements importants. Les symptômes dissociatifs, autrefois subis, deviennent un outil mobilisable de manière contrôlée et ne sont plus envahissant au cours de la vie quotidienne. Les souvenirs trouvent progressivement leur place dans une narration cohérente, où les émotions peuvent être ressenties, confrontées, puis apaisées. Le patient commence à se reconnecter à ses émotions, qu'il parvient désormais à exprimer. Lors du dernier

rendez-vous (mars 2025) précédant l'écriture de ce case report, le patient a été invité à évaluer l'intensité de ses symptômes sur une échelle de 1 à 10 :

Symptomatologie	Début du suivi	Mars 2025
Cauchemars répétitifs	9	4
Souvenirs intrusifs	9	8
Épisodes de perte de contact avec la réalité	7	0
Évitement des souvenirs	10	0
Hypervigilance	9	5

Il mentionne également une nette amélioration dans la gestion de ses émotions, en particulier de la colère, ce qui a eu un impact positif dans ses relations professionnelles, allant jusqu'à lui permettre d'obtenir une promotion. Il décrit une vie sociale en construction, avec des liens qui se tissent progressivement avec ses voisins et collègues. Ce qui frappe le plus, c'est la manière dont il se présente en séance aujourd'hui : à l'aise, capable de poser des questions, d'exprimer des doutes, mais aussi des ressentis, avec une présence pleine et affirmée.

Ce cas illustre à quel point la PTR peut être une approche précieuse dans le traitement des traumatismes complexes, notamment lorsqu'ils s'accompagnent de phénomènes dissociatifs anciens et persistants. Le respect du rythme du patient, la mobilisation de ses ressources internes, et le renversement du rapport au symptôme ont été au cœur de cette transformation. Le travail n'est pas terminé, et certains aspects, comme le rapport à la colère, mériteraient encore d'être explorés. Mais les avancées semblent solides et reconnues par le patient lui-même comme des étapes importantes dans son parcours de reconstruction.

Discussion

L'application de l'approche PTR dans la prise en charge du patient présenté semble avoir contribué à une amélioration notable, tant au niveau des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) que des manifestations dissociatives associées. Le patient lui-même témoigne d'une amélioration significative, non seulement au niveau de son ressenti subjectif, mais également à travers des indicateurs comportementaux et relationnels concrets : augmentation des contacts sociaux, promotion professionnelle, et meilleure aisance dans la sphère sexuelle.

Pour comprendre les mécanismes impliqués dans cette évolution, il convient de revenir sur les principes fondamentaux de la PTR. D'abord, l'utilisation paradoxale des symptômes dissociatifs, inspirée des travaux de Milton Erickson et de l'école de Palo Alto, occupe une place centrale. En PTR, le thérapeute invite intentionnellement le patient à amplifier ou maintenir temporairement ses symptômes dissociatifs non pour le renforcer, mais pour en perturber la dynamique automatique et ouvrir un espace de changement au moyen de leur nouvelle connotation « d'anesthésiant ». Cette prescription du symptôme permet de transformer une posture subie en une posture active, favorisant, indirectement, une prise de contrôle [14]. Ce principe se révèle

particulièrement pertinent dans le cadre des symptômes dissociatifs, souvent vécus comme incontrôlables, et contenant pourtant une fonction de protection ou de régulation interne.

Le deuxième apport le plus marquant de la PTR est sans doute la technique de la ré-scénarisation, qui constitue le cœur du travail thérapeutique. Cette technique, dont les origines remontent à Pierre Janet, consiste à revisiter un souvenir traumatique par l'imagerie mentale, tout en y introduisant des éléments symboliques réparateurs. Il ne s'agit pas d'effacer l'événement, mais d'en réévaluer l'impact psychique en fonction des ressources actuelles du patient. Cela peut se faire parfois à travers l'inclusion dans la scène d'un adulte protecteur, l'apparition d'un dialogue sécurisant, ou la transformation d'une scène vers une issue apaisée. Ce travail d'imagerie permet de modifier à la fois le sens et la charge émotionnelle du souvenir [14].

Sur le plan théorique, cette démarche thérapeutique rejoint les propositions de Brewin et al. [11] autour de la théorie à double représentation, présentée précédemment. Les flashbacks apparaîtraient donc lorsque les S-reps sont réactivées sans leur cadre contextuel, donnant l'impression que l'événement se produit à nouveau. Restaurer le lien entre ces deux systèmes constitue un enjeu thérapeutique majeur, et c'est précisément ce que permettrait la re-scénarisation et la contextualisation [11].

Ce travail de réintégration repose également sur d'autres techniques complémentaires qui sont reconnus comme étant des mécanismes communs à d'autres approches de psychothérapie validés pour le trouble de stress post traumatique [28]. La double attention, souvent mobilisée en PTR, permet de maintenir le patient connecté à une réalité émotionnelle ressource pendant qu'il explore un souvenir douloureux. L'exposition alternée entre souvenirs pénibles et souvenirs agréables ou neutres permet un estompage affectif progressif [28]. En parallèle, le recours à des outils comme le recadrage cognitif, la nomination des émotions et l'identification des croyances dysfonctionnelles stimule les zones préfrontales du cerveau, contribuant à rééquilibrer l'activation entre le cortex et le système limbique, déséquilibrée chez les personnes atteintes de TSPT [28]. Les autres mécanismes thérapeutiques fondamentaux décrits dans la littérature et également mobilisés dans la PTR sont l'activation contrôlée de la mémoire traumatique, l'exposition et la contextualisation.

Nous pouvons également souligner une différence importante entre cette approche et la plupart des approches validées pour le TSPT. Tandis que les autres protocoles proposent de débiter le travail d'exposition par le souvenir associé au plus haut niveau de détresse, en PTR les premières expositions se font avec des souvenirs ayant une moindre charge émotionnelle, dans l'optique de renforcer progressivement la sensation de maîtrise du patient afin qu'il puisse se sentir prêt à se confronter, en temps voulu, aux événements plus douloureux [28] [14].

L'un des facteurs cruciaux dans l'efficacité de cette approche, et plus généralement dans le traitement des patients dissociatifs, réside dans la qualité de l'alliance thérapeutique. Or, cette alliance est particulièrement difficile à établir dans les cas de TSPT dissociatif. Mosquera [29] souligne que ces patients présentent souvent une organisation interne fragmentée, marquée par des parties dissociées en conflit ou méfiantes vis-à-vis du thérapeute. L'entretien peut être perturbé dès les premières séances par des silences prolongés, des réponses vagues ou déconnectées, voire une vigilance extrême vis-à-vis des intentions du thérapeute. Même les exercices classiques de stabilisation, comme la visualisation d'un lieu sûr, peuvent s'avérer contre-productifs, car vécus comme menaçants ou invalidants pour certaines parties [29].

Dans ce contexte, la qualité de la collaboration devient une stratégie thérapeutique en soi. Liotti [30] insiste sur la nécessité d'éviter une activation précoce du système d'attachement, qui

pourrait réactiver des dynamiques de peur ou de contrôle liées à l'attachement désorganisé. Il propose une posture thérapeutique fondée sur l'égalitarisme, la co-construction des objectifs, et l'évitement des dynamiques hiérarchiques implicites. La PTR s'inscrit pleinement dans cette perspective. Elle encourage le thérapeute à adopter une position basse, à respecter le rythme du patient, et à proposer des interventions négociables. Le patient est invité à refuser ce qui ne lui convient pas, à poser ses limites et à exercer un pouvoir actif dans le processus thérapeutique. Cette posture collaborative permet de désamorcer les conflits internes entre les systèmes motivationnels et d'installer un climat de sécurité propice à l'intégration progressive des expériences dissociées [30] [14].

Ce travail s'inscrit aussi dans le débat actuel autour de la prise en charge du TSPT dissociatif. La littérature internationale met en évidence un lien fréquent entre des traumatismes répétés, précoces ou d'intensité extrême, et l'apparition de symptômes dissociatifs sévères (Hansen, 2017 ; Erika J. Wolf, 2012), ce qui rend les diagnostics de TSPT complexe (CIM-11) ou dissociatif (DSM-5) particulièrement pertinents dans ce type de présentation clinique. Dans ce contexte, certains cliniciens s'appuient sur un modèle de traitement en phases (stabilisation, exposition, intégration), notamment pour les profils les plus vulnérables. L'ISTSS reconnaît la pertinence de cette approche séquencée, tout en soulignant qu'il ne s'agit pas d'un protocole validé à ce jour. Elle en propose une lecture plus souple, centrée sur les besoins du patient, et appelle à un développement rigoureux de la recherche pour identifier les interventions les plus adaptées aux tableaux cliniques complexes [23].

La revue de littérature menée dans le cadre de ce mémoire avait précisément pour objectif de clarifier le rôle de la dissociation dans le TSPT, en particulier dans ses formes complexes et dissociatives. Elle a permis de cartographier les différentes conceptualisations de la dissociation ainsi que leurs implications neurobiologiques, développementales et cliniques. Ce travail de synthèse visait à éclairer à la fois la physiopathologie, les difficultés rencontrées en psychothérapie et les pistes d'intervention adaptées à ces formes cliniques spécifiques. Il en ressort effectivement que la dissociation, loin d'être un simple obstacle périphérique, constitue souvent le cœur du fonctionnement traumatique et du traitement.

En l'absence de protocoles validés pour le TSPT dissociatif, des approches comme l'hypnose, et notamment la PTR, offrent une piste prometteuse. Celles-ci mobilisent les ressources dissociatives de manière stratégique pour favoriser la résilience et l'intégration du trauma. Une compréhension approfondie des mécanismes dissociatifs, appuyée sur une typologie fine et des outils cliniques adaptés, apparaît indispensable pour construire des interventions réellement ajustées à cette population.

Cette compréhension permet, d'un côté, de proposer au patient une psychoéducation ciblée qui redonne du sens à ses symptômes et un certain contrôle sur son vécu. De l'autre, elle fournit au thérapeute une lecture phénoménologique précise des états dissociatifs, permettant de les reconnaître en amont, de les anticiper, et surtout de les utiliser de manière paradoxale au service du processus thérapeutique. Replacer la dissociation dans son rôle initial de mécanisme de protection plutôt que de pathologie à éliminer permet d'en faire un levier de changement. La PTR, qui propose une forme d'exposition guidée, pourrait de prime abord sembler trop directe. Pourtant, le travail systématique dans le sens des résistances, ainsi que l'utilisation sécurisée et contextualisée des manifestations dissociatives, permettent de rendre cette approche plus confortable, plus rapide, et surtout plus respectueuse du rythme subjectif du patient.

Sur le plan méthodologique, cette étude présente certaines limites. L'objectif du présent travail n'était pas de produire des données quantitatives mais d'offrir une première mise en perspective clinique. Il serait pertinent, dans le futur, de conduire des études utilisant des instruments validés tels que la PCL-5 [27] pour les symptômes post-traumatiques, et la MID [20] pour évaluer plus finement la dissociation pathologique. Cette dernière permet notamment de distinguer la dissociation clinique de formes non pathologiques comme l'absorption ou la rêverie, tout en prenant en compte les dimensions somatoformes.

Encore, la nature même de l'hypnose, centrale dans la PTR, pose un défi de reproductibilité. Il s'agira donc dans de futures recherches de standardiser les protocoles autant que possible, tout en respectant l'essence relationnelle et créative de l'approche.

Enfin, le cas clinique présenté ici soulève une question ouverte quant au rythme des séances, laissé à l'initiative du patient dans une logique d'autonomisation. Ce choix, cohérent avec l'approche PTR fondée sur la collaboration et le respect du rythme interne, a-t-il contribué à renforcer le sentiment de contrôle thérapeutique, ou a-t-il simplement prolongé le suivi ?

Il est intéressant de noter que la question du rythme thérapeutique fait l'objet de réflexions cliniques plus larges depuis quelques années. Pour répondre à la problématique des abandons de traitement ou de stagnation clinique, plusieurs programmes de prise en charge du TSPT ont développé des protocoles intensifs, définis comme proposant plus de deux séances centrées sur le trauma par semaine, dans le cadre d'un programme pluridisciplinaire et intégratif. Les but de ces approches est de maintenir l'engagement du patient tout en favorisant une désensibilisation rapide [1].

Dans cette perspective, deux logiques semblent s'opposer, ou se compléter : celle d'un traitement intensif, structuré et orienté vers l'efficacité, et celle d'un accompagnement souple, respectueux du rythme subjectif et du besoin de sécurité relationnelle. La question reste ouverte: quelle modalité de rythme permet le meilleur équilibre entre engagement, sécurité et efficacité thérapeutique, notamment pour les patients présentant une TSPT dissociatif ?

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'examiner l'utilisation de la psychothérapie du trauma réassociative (PTR) dans la prise en charge d'un patient présentant un trouble de stress post-traumatique accompagné de symptômes dissociatifs. À travers l'analyse de ce suivi clinique, il a été possible de mettre en évidence les spécificités de cette approche encore relativement peu documentée dans la littérature scientifique, mais qui semble mobiliser des leviers thérapeutiques particulièrement pertinents dans ce type de tableau clinique.

La revue de la littérature a permis de mettre en lumière les enjeux théoriques et cliniques majeurs liés à la dissociation, notamment dans le cadre du sous-type dissociatif du TSPT. Elle a souligné l'importance d'une compréhension différenciée des phénomènes dissociatifs, en s'appuyant sur des modèles complémentaires (Janet, Brewin, Brown, Nijenhuis, Lanius), tout en pointant l'absence de protocoles thérapeutiques validés spécifiquement pour ce trouble. Ces constats ont renforcé la pertinence d'explorer des approches telles que la PTR, qui proposent une prise en charge intégrative, adaptée à la complexité des fonctionnements dissociatifs et à leurs effets sur le processus thérapeutique.

Parmi les éléments notables observés, la ré-scénarisation, avec la transformation d'odeurs, sensations, images, sons, émotions et parfois même scénario, occupe une place centrale. Cette technique, reposant sur l'imagerie mentale, permet de revisiter les souvenirs traumatiques en y introduisant des éléments réparateurs, facilitant ainsi leur intégration émotionnelle et narrative [14]. L'utilisation paradoxale et volontaire de certains symptômes dissociatifs, habituellement vécus comme incontrôlables ou menaçants, représente également un levier thérapeutique original, en ligne avec les principes de l'approche Ericksonienne et de l'école de Palo Alto et très prometteur.

L'importance de l'alliance thérapeutique, notamment dans la prise en charge de patients souffrant de troubles dissociatifs, s'est également imposée au fil du suivi. Cette alliance peut être rendue difficile par la fragmentation interne, la méfiance ou la peur du lien. Dans ce contexte, la posture sécurisante, égalitaire et basée sur la collaboration proposée par la PTR semble constituer un cadre particulièrement adapté à l'établissement progressif d'une relation thérapeutique stable.

En conclusion, cette étude a permis de souligner la pertinence de la PTR pour accompagner des patients présentant une symptomatologie complexe, en particulier lorsque des mécanismes dissociatifs sont en jeu. Son intégration de techniques variées, sa souplesse, et sa capacité à s'adapter au rythme et au vécu subjectif du patient en font une approche thérapeutique qui mérite d'être davantage reconnue, étudiée et développée au sein du champ du psychotraumatisme.

Limitations

Ce travail présente certaines limites méthodologiques importantes qu'il convient de souligner. Tout d'abord, l'évaluation des progrès thérapeutiques repose principalement sur une auto-évaluation subjective qui pourrait avoir été influencée par la relation thérapeutique établie entre le patient et le thérapeute. De plus, l'absence d'une évaluation post-traitement standardisée, telle qu'une seconde passation de la PCL-5 [27] ou l'utilisation d'autres outils validés comme la MID [20] pour les manifestations dissociatives pathologiques, limite la capacité à mesurer objectivement l'évolution clinique des symptômes. En outre, cette étude repose sur un cas unique, ce qui limite fortement la généralisation des résultats à d'autres contextes cliniques ou populations. Cependant, l'objectif de ce mémoire n'est pas de fournir des données quantitatives généralisables, mais plutôt d'offrir une illustration clinique approfondie des processus thérapeutiques spécifiques à l'œuvre dans la prise en charge du TSPT dissociatif par la PTR, en identifiant clairement ses apports ainsi que les points communs et divergences avec d'autres approches psychothérapeutiques. Enfin, ce travail constitue une première étape utile pour envisager ultérieurement des études quantitatives à plus grande échelle, qui permettront d'évaluer plus rigoureusement l'efficacité de la PTR.

Bibliographie

- [1] A. Mengin, *Le grand livre du trauma complexe*, DUNOD, 2023.
- [2] P. Janet, Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine.*, Alcan., 1889.
- [3] O. Van der Hart and R. Horst, "The Dissociation Theory of Pierre Janet," *Journal of Traumatic Stress*, 1989.
- [4] N. Andreasen, "Posttraumatic stress disorder: a history and a critique," *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*, 2010.
- [5] J. L. Herman, *Trauma and Recovery*, 1992.
- [6] Y. Mokaddem, N. Melin, M. Bensadon, J. Dubois and G. & Rey, "Traduction française de la 11e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11).," *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68, S38., 2020.
- [7] APA, M.-A. Crocq, A. E. Boehrer and J.-D. Guelfi, *DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*, 2023.
- [8] P. Erika J. Wolf, "A Latent Class Analysis of Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder," *Archives Of General Psychiatry*, 2012.
- [9] M. Hansen, "Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review," *Journal of Affective Disorders*, 2017.
- [10] G. Lensvelt-Mulders, "Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress," *Clinical Psychology Review*, 2008.
- [11] C. R. Brewin and e. al, " Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics, Neural Mechanisms, and Treatment Implications," *Psychological Review*, 2010.
- [12] J. Smith and e. al, *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*, 2021.
- [13] I. Kirsch, "Dissociation Theories of Hypnosis," *Psychological Bulletin*, 1998.
- [14] G. Brassine and N. Tonglet, *Surmonter le traumatisme, initiation à la PTR, SATAS*, 2023.
- [15] P. F. Dell, *Dissociation and the dissociative disorders, Clarifying the Etiology of the Dissociative Disorders*, 2022.
- [16] E. Nijenhuis, O. Van der Hart and K. Steele, "Trauma-related Structural Dissociation of the Personality," *Activitas Nervosa Superior*, 2010.
- [17] M. Cembrowski and N. Spruston, "The Neuronal Architecture Underlying Context in Fear Memory," *Cell*, 2016.
- [18] R. J. Brown, "Different Types of "Dissociation" Have Different Psychological Mechanisms," *Journal of Trauma & Dissociation*, 2006.

- [19] J.-M. Darves-Bornoz and e. al., "Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population," *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1999.
- [20] P. F. Dell, "The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation," *Journal of Trauma & Dissociation*, 2006.
- [21] R. A. Lanius, "A Review of the Neurobiological Basis of Trauma-Related Dissociation," *Current Psychiatry Reports*, 2018.
- [22] G. Liotti, "Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2004.
- [23] G. C. ISTSS, "ISTSS guidelines position paper on complex PTSD in adults," *International Society for Traumatic Stress Studies*, 2018.
- [24] C. Spitzer and S. Barnow, "Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy," *Australian and New Zealand Journal of*, 2007.
- [25] R. Atchley and C. Bedford, "Dissociative Symptoms In Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review," *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020.
- [26] N. Kleindienst and e. al., "State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder," *European Journal of Psychotraumatology*, 2016.
- [27] A. R. Ashbaugh and e. al., "Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)," *PLOS ONE*, 2016.
- [28] P. Orban, *Psychothérapies pour le trouble de stress post traumatique*, Dunod, 2022.
- [29] D. Mosquera, "Challenges in the Use of EMDR Therapy with Dissociative Disorders," *EMDR1A.ORG*, 2021.
- [30] G. Liotti, "The Multimotivational Approach to Attachment-Informed Psychotherapy: A Clinical Illustration," *Psychoanalytic Inquiry*, 2017.