

# La dissociation d'origine traumatique et l'hypnose

Mémoire réalisé dans le cadre de la formation en  
hypnothérapie à l'Ecole Centrale d'Hypnose (ECH).

V1.1 - Décembre 2019



Florent Jaouali

*Hypnothérapeute*

06 37 33 26 55  
[florent@luminose.fr](mailto:florent@luminose.fr)  
[www.luminose.fr](http://www.luminose.fr)

*« Si je parle de ma vie et de mes épreuves à quelqu'un j'ai l'impression de raconter la vie de quelqu'un d'autre, que je suis dans un film. Mon corps et mon cerveau ne supporteraient pas la réalité.*

*[...] J'ai l'impression de passer à côté de ma vie, je pensais qu'en sortant de cet état, ça irait mieux et aussi pour éviter une dépression profonde.*

*Je peux vous donner plusieurs exemples de mes symptômes post-traumatiques qui font je pense, également partie de la dissociation et qui me dérangent fortement :*

- *Ex 1 : j'ai perdu toute logique d'orthographe (comme vous pourrez le remarquer), je régresse en tout.*
- *Ex 2 : je veux dire un mot mais j'en dis un autre très fréquemment.*
- *Ex 3 : je note des choses impensables (prénoms de mes amies, souvenir que je n'aimerais pas oublier) car malheureusement nous n'oublions pas que le mauvais.*
- *Ex 4 : je me prive de beaucoup de choses à cause de ma peur et je renvoie mes peurs sur mes enfants.*
- *Ex 5 : je me méfie de tout le monde, j'ai peur de faire confiance.*
- *Ex 6 : je suis dans l'excès du contrôle, de peur de vivre d'autres drames. »*

— Participante anonyme

# Sommaire

Remerciements .....	4
Abstract.....	5
Définitions.....	6
Le traumatisme .....	6
La dissociation .....	8
La dissociation : repérages théoriques .....	9
Le mécanisme .....	9
Les principaux modèles théoriques .....	13
Les symptômes .....	17
Les approches thérapeutiques .....	20
Guide pratique pour l'accompagnement.....	22
Se former sur les traumatismes et la dissociation .....	22
Approche générale du traumatisme complexe et des troubles dissociatifs .....	23
Conseils généraux.....	25
Anamnèse .....	29
Pistes de travail en séance.....	31
Synthèse .....	40
Glossaire .....	41
Acronymes régulièrement utilisés .....	41
Autres termes fréquemment utilisés.....	41
Références .....	42
Bibliographie.....	42
Ressources Internet .....	43
Annexes .....	44
Annexe 1 - La pleine conscience de vos mains.....	44

# Remerciements

Je remercie chaleureusement toutes les personnes (accompagnées et accompagnantes) qui se sont rendues disponibles pour échanger avec moi sur le vaste sujet de la dissociation d'origine traumatique.

Je remercie plus particulièrement celles qui ont vécu un (ou des) traumatisme(s) pour la confiance qu'elles m'ont accordée. Ces échanges et témoignages m'ont aidé à percevoir plus humainement ce qu'elles avaient vécu (et vivent encore pour certaines). Je leur souhaite de belles guérisons et beaucoup de bonheur.



# Abstract

Les conséquences des psychotraumatismes peuvent être nombreuses. Parmi elles, un ensemble de symptômes et troubles psychiques, émotionnels, cognitifs, somatiques, relationnels sont regroupés sous l'appellation « troubles dissociatifs ». Pour plusieurs auteurs<sup>1</sup>, ces troubles occupent en réalité une place centrale dans les traumatismes.

La dissociation traumatique peut être définie comme « un mode défensif face à une situation d'impuissance » (Smith, 2016). Lorsqu'elle devient chronique (traumatismes répétés), celle-ci peut devenir automatique et faire partie de la personnalité.

Les principaux symptômes peuvent être résumés par « Pas réel, pas vrai, pas le mien, pas moi » (Steele, Boon & Van Der Hart, 2018). Cela inclut une désorganisation générale du rapport au corps, aux émotions, aux souvenirs, au sens de soi, aux autres et au monde.

L'accompagnement de personnes qui vivent des troubles dissociatifs d'origine traumatique se fait dans la durée, sur plusieurs séances. Il suit des phases spécifiques, valables pour tout accompagnement de traumatisme complexe :

1. La stabilisation (être en sécurité dans la réalité présente) ;
2. Le traitement des souvenirs traumatiques ;
3. (ré)Intégration de la personnalité et la réadaptation.

L'hypnothérapie est une des approches de choix pour accompagner ces personnes. Ces dernières réalisent régulièrement (et involontairement) des trances hypnotiques spontanées ; utiliser l'hypnose revient à aller les chercher à l'endroit où elles se trouvent.

Un des principaux défis pour ces personnes est d'être pleinement présent « ici et maintenant ». Du côté du thérapeute, la pierre angulaire est la phase de stabilisation. Elle consiste principalement à aider le patient à être stable dans son fonctionnement quotidien et à réduire les symptômes. Tout au long de la thérapie, il devra veiller à la sécurité notamment en restant dans un vécu émotionnel acceptable pour le patient (la fenêtre de tolérance). L'accompagnement implique beaucoup de pédagogie et donc le thérapeute devra être suffisamment formé pour être en mesure de l'expliquer par lui-même.

Ce mémoire aborde des notions théoriques (définitions, symptômes, modèles théoriques et approches thérapeutiques) qui m'ont semblé utiles pour l'accompagnement. Il propose ensuite un guide pratique en entonnoir allant de conseils généraux à des pistes de travail plus spécifiques (et plus hypnotiques).



---

<sup>1</sup> Van Der Kolk, Van Der Hart, Steele, Boon, Salmona, etc.

# Définitions

## Le traumatisme

Salmona résume le psychotraumatisme comme « l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique ».

Autrement dit :

- Une personne a vécu un événement dramatique ;
- Cet événement peut avoir eu des conséquences :
  - immédiates,
  - et/ou ponctuelles une fois l'événement terminé,
  - et/ou chroniques.

L'événement traumatique est caractérisé par :

- La **menace de l'intégrité physique** (et de la vie) et/ou de **l'intégrité psychique** de la personne elle même ou celle d'autres personnes présentes<sup>2</sup> (ex. viol, agression, attentat, etc.).
- Le fait qu'il provoque « une **peur** intense, un sentiment d'**impuissance** ou d'**horreur** » (DSM IV<sup>3</sup>) et que les défenses de la personne sont débordées.
- Il **ne peut être assimilé** par la personne.

On distingue 2 types des psychotraumatismes<sup>4</sup> :

Type I (ou trauma simple)	Type II (ou trauma complexe)
<b>L'événement est unique</b> (accident, attentat, incendie, catastrophe naturelle...)	<b>L'événement est répété ou durable</b> (maltraitance physique psychique et/ou sexuelle de l'enfance, violences conjugales)

FIGURE 1 - LES DEUX TYPES DE TRAUMATISMES

<sup>2</sup> Les troubles psychiques peuvent donc apparaître chez des victimes directes mais également des témoins ou des acteurs. Les témoins peuvent être des personnes qui étaient présentes lors de l'événement ou avoir entendu parler ou vu des informations sur l'événement a posteriori. La dimension transgénérationnelle est également à envisager.

<sup>3</sup> En français « Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux »

<sup>4</sup> Source : Salmona ([date inconnue](#)).

## Les impacts du traumatisme

Les troubles liés aux traumatismes sont nombreux et leur organisation est complexe comme en témoigne les classifications proposées par le DSM et la CIM<sup>5</sup> qui évoluent d'une version à l'autre et utilisent des termes différents<sup>6</sup>.

Dans l'ensemble des troubles qui peuvent résulter d'un traumatisme, **la dissociation regroupe un ensemble de troubles spécifiques et semble être un sujet central** : « la dissociation est l'essence du trauma » (Van Der Kolk, 2015).

## Chiffres et exemples d'événements traumatisants

- 30%<sup>7</sup> des personnes ont été un jour ou l'autre confrontées à un événement traumatique.
- 24%<sup>8</sup> des personnes exposées à un événement traumatisant développent des troubles psychotraumatiques.
- Les psychotraumatismes de type II liés aux violences répétées sont les plus fréquents.

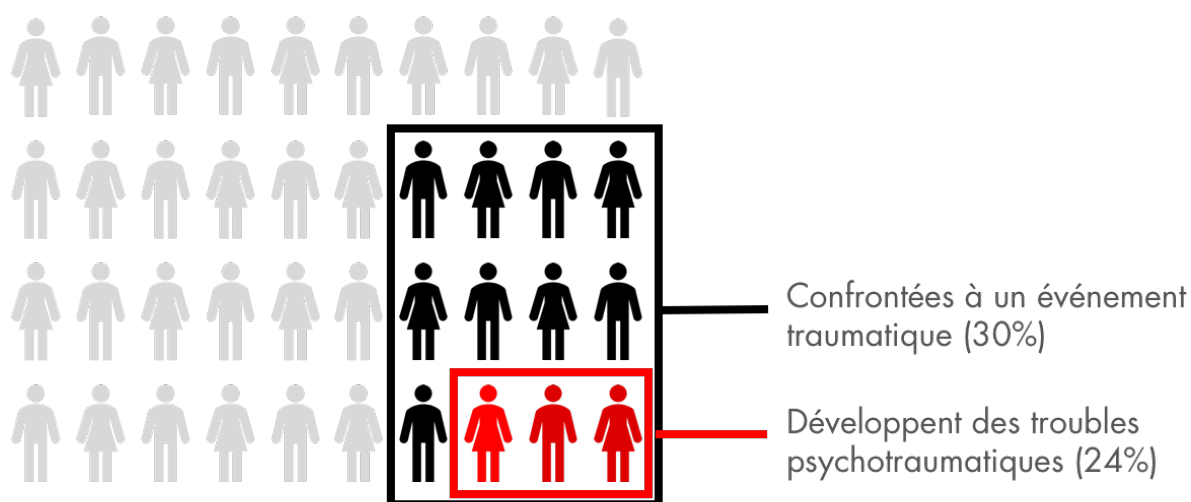


FIGURE 2 - STATISTIQUES SUR LES TRAUMATISMES

Voici les principaux types d'événements traumatisants<sup>9</sup> :

- Violence intentionnelle (physique et psychique, conjugales, au travail, etc.) ;
- Abus sexuels (viols ou tentatives de viols, mineurs et majeurs) ;
- Maltraitance dans l'enfance (physique et sexuelle, violences intrafamiliales, institutionnelles, scolaires) ;
- Négligences et carences affectives ;
- Transgénérationnel (transmission d'un traumatisme non résolu) ;

<sup>5</sup> « Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes ».

<sup>6</sup> TSPT, ESPT, SSPT, PTST, TSA : voir le [glossaire](#).

<sup>7</sup> Selon la SMPG (Santé Mentale en Population Générale). Étude réalisée en France entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes de plus de 18 ans.

<sup>8</sup> Source : Salmona ([date inconnue](#)).

<sup>9</sup> Sources : Salmona ([date inconnue](#)), Smith (2016), Ducrocq (2009).

- Proximité de la mort (mort inattendue d'un être proche, avoir été témoin de la mort ou de la blessure grave d'une personne, être porteur d'une maladie mortelle) ;
- Guerres, violences d'état ;
- Catastrophes naturelles.

## La dissociation

La dissociation est un concept complexe avec des définitions et des théories variées. Pour simplifier, nous pourrions dire qu'il y a dissociation dès qu'une personne fait l'expérience d'être en plusieurs parties. En poursuivant cette définition résumée, deux axes nous semblent particulièrement intéressants :

1. La dissociation est-elle créée volontairement et consciemment par la personne ?
2. La dissociation est-elle source de souffrance pour la personne ?

La dissociation d'origine traumatique qui nous intéresse dans ce mémoire est celle qui n'est pas contrôlée consciemment par la personne et qui est source de souffrances ou de difficultés dans sa vie.

Je retiens la définition proposée par Smith (2016) :

*« Ainsi, nous pouvons proposer une définition pragmatique de la dissociation comme correspondant à **un mode défensif face à une situation d'impuissance** (peur sans solution). Ce mode défensif peut devenir chronique si une telle situation se répète au cours du développement ("states become traits", Perry et al., 1995), en l'absence d'attachement sécurisé.*

*La dissociation est un mode défensif **consistant à se couper d'une partie de son expérience psychique, sous forme d'amnésie, anesthésie et/ou de non-reconnaissance du caractère auto-biographique de son expérience.** Ces mécanismes peuvent également générer, de façon réactionnelle, des symptômes opposés (hypermnésie, débordement émotionnel et sentiments de persécution) et des tentatives de répétition traumatique/disjonction (Salmona, 2012) ou d'auto-apaisement. »*





# La dissociation : repérages théoriques

## Le mécanisme

### Un mécanisme de défense « normal »...

Face à un danger de mort immédiat l'être humain semble réagir des 3 façons suivantes<sup>10</sup> : fuite, combat, figement. Lorsque la fuite et le combat sont impossibles, alors le figement se met en place.

Dans les situations vécues comme traumatiques et où il n'y a pas d'autre solution que le figement, alors le mécanisme de dissociation peut s'activer pour protéger l'organisme :

*« Le stress extrême entraîne un risque vital pour l'organisme, et comme dans un circuit électrique en survoltage, **le cortex va faire disjoncter le circuit émotionnel** par l'intermédiaire de mécanismes neurobiologiques de sauvegarde exceptionnels qui vont être responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress qui s'apparente donc à un court-circuit pour protéger les organes comme le cerveau, le cœur et les vaisseaux. »*

— Salmona.

Ce mécanisme peut s'illustrer de la façon suivante :

---

<sup>10</sup> Steele, Boon et Van Der Hart (2018) détaillent avec plus de finesse les défenses innées et notamment « pleur d'attachement / cri à l'aide » qui entrent en jeu dans le paradoxe de « peur sans solution » chez l'enfant maltraité par un de ses parents :

- La peur active son système d'attachement qui le pousse à se rapprocher du parent.
- La peur active son système de fuite qui le pousse à vouloir partir.
- La solution est la dissociation.

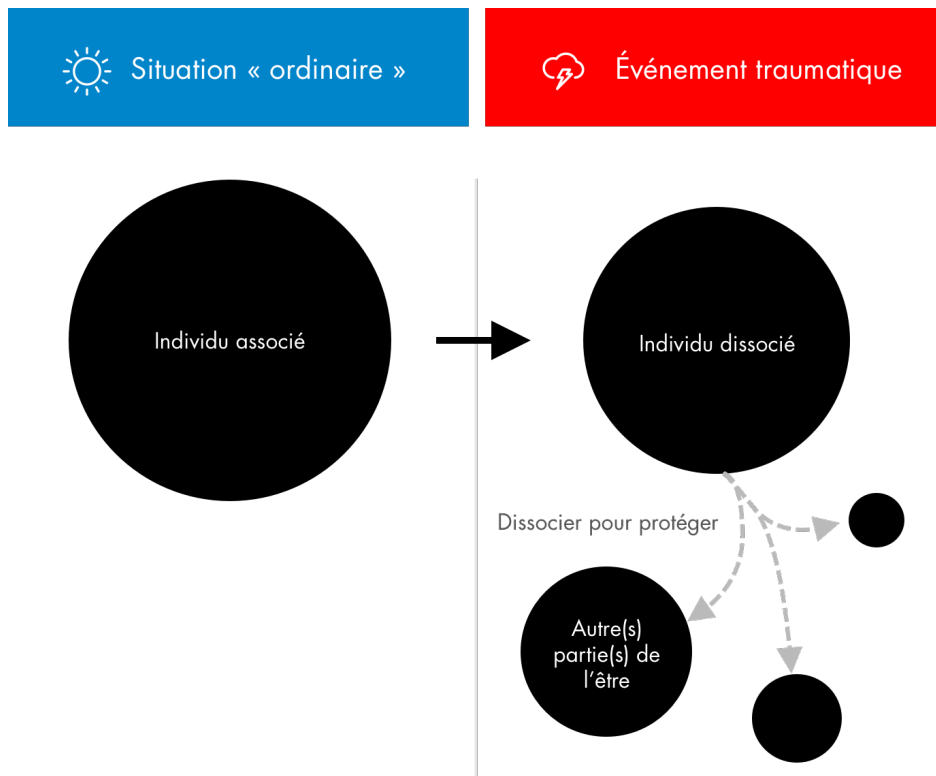


FIGURE 3 - LE MÉCANISME DE DISSOCIATION

La dissociation est donc une réponse « normale » à une situation « anormale ».

### ...qui rend l'expérience vécue déroutante...

Bien qu'il semble difficile de savoir réellement ce que la personne vit pendant la dissociation lors d'un événement traumatique, les témoignages a posteriori rapportent généralement :

- La sensation d'être en dehors de soi-même et d'être observateur de la scène ;
- La sensation que les événements qui arrivent ne sont pas réels ;
- La perte des sensations physiques ;
- L'absence d'émotions ;
- L'absence de pensée.

Van Der Kolk (2014) l'exprime de la façon suivante : « Cette expérience accablante est découpée et fragmentée de telle sorte que les émotions, les sons, les images, les pensées et les sensations physiques associées au trauma suivent leur cours indépendamment les uns des autres ».

### ...et qui peut laisser des séquelles

Des troubles peuvent apparaître suite à cette expérience de dissociation traumatique. Nous pourrions l'illustrer de la façon suivante :

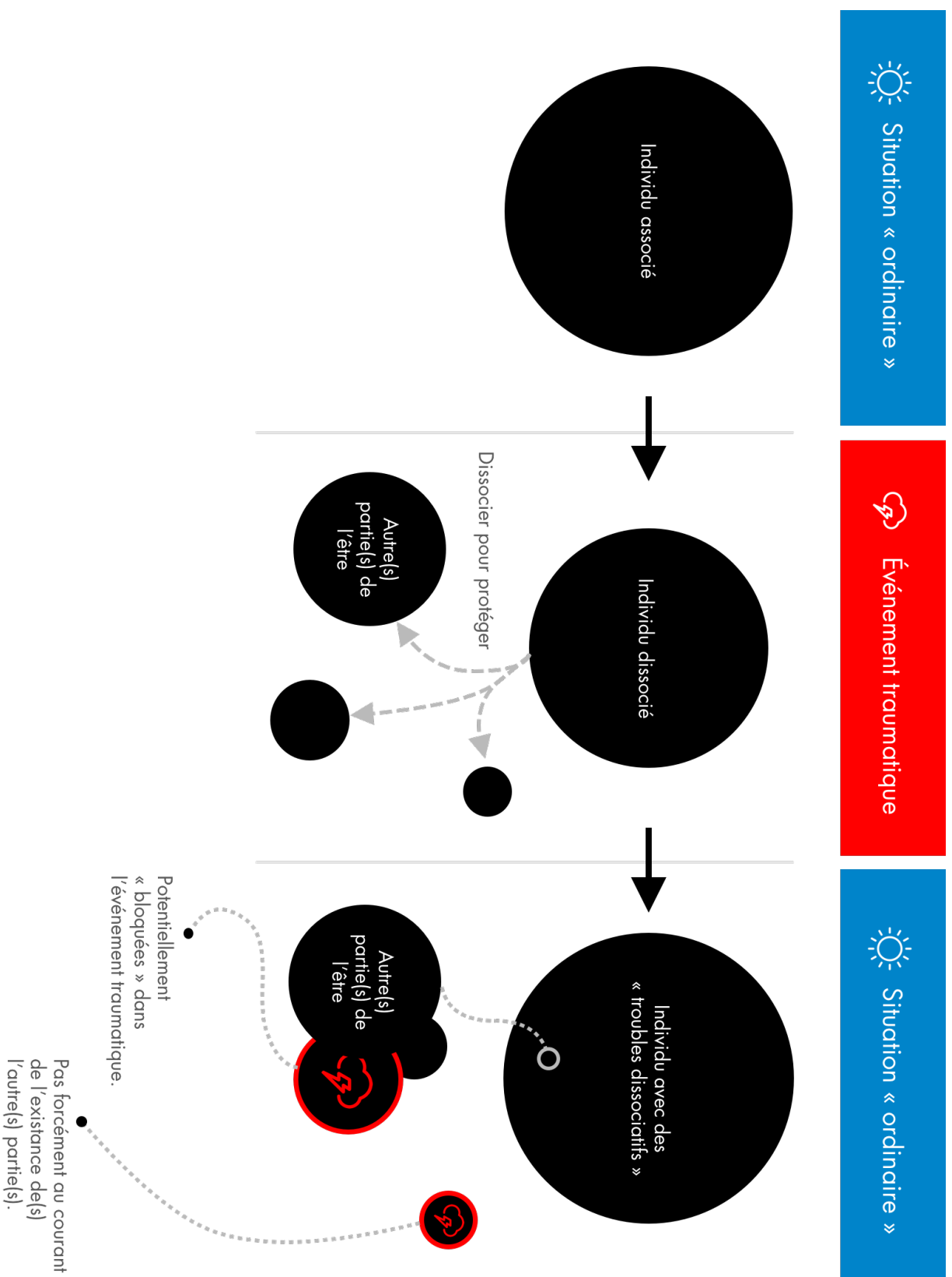


FIGURE 4 - LES TROUBLES DISSOCIATIFS POST-TRAUMATIQUES

Les troubles les plus courants sont :

- Amnésie de l'événement ;
- *Flash-backs* (en journée ou sous forme de cauchemars) avec ou sans reviviscences ;
- Anesthésie de certaines parties du corps ou impression de ne pas être dans son corps ;
- Moments d'absence ;
- Anesthésie émotionnelle ou au contraire hyper-activation sans raison apparente ;
- Anxiété ou angoisse reliées à des pensées fixes ou croyances ;
- Etc.

La liste détaillée des symptômes est abordée dans la section [Les symptômes](#).

Leur classification dans les ouvrages de référence est proche :

- Le DSM 5 propose une catégorie « Troubles dissociatifs » et les relie à une probable origine traumatique « Les troubles dissociatifs sont souvent rencontrés dans les suites d'un traumatisme [...] ». Ils sont également évoqués dans la catégorie « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » avec l'information suivante : « L'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité et la dépersonnalisation/déréalisation peuvent être ou ne pas être précédés par l'exposition à un événement traumatique ou peuvent présenter ou ne pas présenter de symptômes de TSPT<sup>11</sup> concomitants ».
- La CIM 10 (et 11 en Anglais) proposent également des catégories intitulées « Troubles dissociatifs [de conversion] » et « Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation » dont le contenu se rapproche du DSM 5.

Autrement dit :

- Le traumatisme peut impliquer des troubles dissociatifs et/ou avoir d'autres impacts.
- Les troubles dissociatifs peuvent être d'origine traumatique et/ou provenir d'ailleurs.
- Mais le lien existe.

## La dissociation : mécanisme, état, tendance ou trait de personnalité ?

Dans la littérature, le terme dissociation est à la fois utilisé pour désigner un « mécanisme », un « état », une « tendance » ou un « trait » de personnalité. Au-delà de la question pure du vocabulaire et de son usage, il est intéressant d'identifier ces 2 aspects :

- Un **mécanisme** neurobiologique **crée** un **état** qui permet à la victime de survivre.
- Cet **état peut devenir persistant** et donc devenir une sorte de **trait de personnalité**.

Lorsque ce mécanisme devient automatique, alors les « moments dissociés » ou « troubles dissociatifs » semblent plus fréquents, intégrés en profondeur et donc moins visibles.

Plusieurs auteurs<sup>12</sup> considèrent que **plus le traumatisme est « complexe » (type II) et plus il est précoce, plus il est alors probable que la dissociation devienne un trait de personnalité**.

---

<sup>11</sup> Trouble de Stress Post-Traumatique.

<sup>12</sup> Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante (1995) ; Silvestre (2016)

# Les principaux modèles théoriques

Il y a plusieurs modèles théoriques intéressants pour la dissociation. D'un côté, il y a des **modèles autour de la dissociation** (et des troubles dissociatifs) et de l'autre des **modèles thérapeutiques** autour de l'individu.

## Les modèles autour de la dissociation

Parmi les principaux modèles autour de la dissociation, le plus souvent cité est celui de la « Dissociation structurelle de la personnalité » (Van Der Hart, Nijenhuis & Steel, 2006). Il s'appuie sur les travaux de Janet qui est considéré comme un des précurseurs sur ce sujet.

Un autre modèle considère la « dissociation comme un continuum » qui s'étend de « normal » (non-pathologique) à « pathologique » (Bernstein & Putnam, 1986 ; Butler, 2006).

Voici un aperçu (imparfait mais synthétique) de ces modèles en regard des classifications dans le DSM et la CIM :

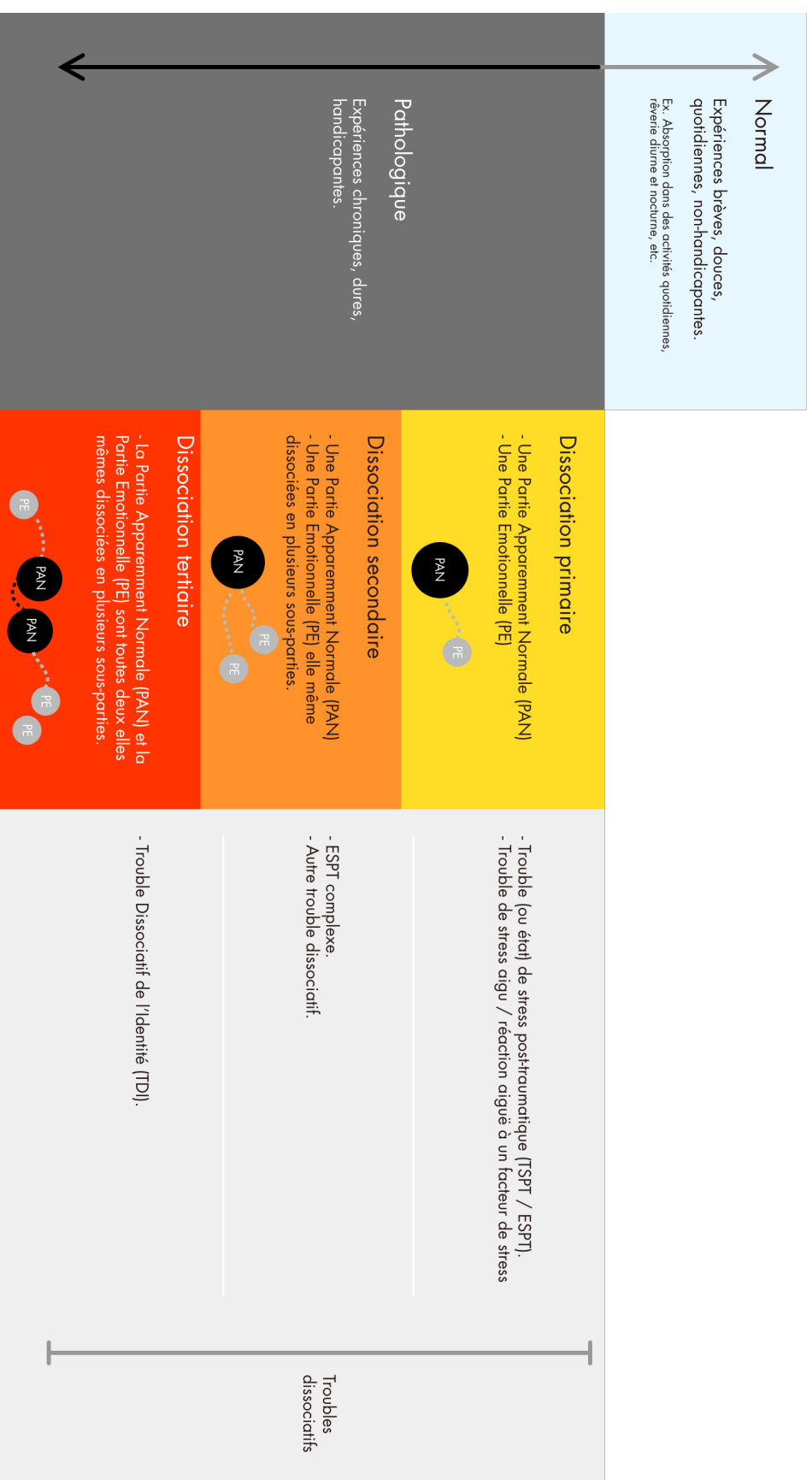
## La dissociation selon un continuum

Bernstein & Putnam (1986), Butler (2006)

## La dissociation structurale<sup>1</sup>

Van Der Hart, Nijenhuis & Steele (2006)

## DSM 5 & CIM 10/11<sup>2</sup>



(1) Dans ce modèle :

- La « Partie Apparement Normale » s'occupe de « la gestion de la vie quotidienne et la survie de l'espèce ».
- La « Partie Emotionnelle » est « le système de défense de l'individu ».

(2) Les catégories listées sont les principaux catégories qui abordent la dissociation ; d'autres symptômes et pathologies telles que classées dans ces ouvrages pourraient être ajoutées ici.

FIGURE 5 - LES PRINCIPAUX MODÈLES ET CLASSIFICATIONS DES TROUBLES DISSOCIATIFS

L'apport spécifique du modèle de la dissociation structurelle est la notion de « parties » de la personnalité qu'ils nomment Partie Apparemment Normale de la personnalité (PAN ou PANP selon les ouvrages) et Partie Émotionnelle de la personnalité (PE ou PEP). La terminologie n'est pas idéale et les auteurs la revisitent dans leur ouvrage de 2018 : « Dans ce livre, nous allons donc nous référer aux **PAN comme des parties qui fonctionnent dans la vie quotidienne**, indépendamment de leur apparence de normalité ou de dysfonctionnement. [...] nous nous référerons aux **PE comme parties fixées dans le traumatisme**. » (Steele, Boon & Van Der Hart, 2018).

Le modèle de continuum permet de tisser des liens avec le concept de dissociation tel qu'il est utilisé en hypnose.

## Les modèles thérapeutiques

Plusieurs ouvrages abordent la dissociation traumatique sous un angle de psychothérapie intégrative<sup>13</sup> et les différentes approches thérapeutiques sont nombreuses. Certaines utilisent des modèles partagés, d'autres apportent leur propre modèle théorique.

Sans qu'elle soit exhaustive, voici une liste de différents modèles / concepts / approches thérapeutiques et des intérêts particuliers que je leur trouve pour accompagner une personne qui vit des troubles dissociatifs :

Modèle, concept, approche thérapeutique	Intérêts particuliers
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dissociation structurelle</li> <li>- <i>Internal Family System</i></li> <li>- Thérapie de schémas</li> <li>- Thérapie des états du moi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personnalité est composée de différentes sous-parties plus ou moins nombreuses.</li> <li>- Elles peuvent avoir le sentiment d'être un individu à part entière.</li> <li>- Elles peuvent ne pas être au courant de l'existence d'autres parties.</li> <li>- Elles peuvent avoir un rôle précis qui font qu'elles « s'activent » dans certaines situations.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mémoire traumatique</li> <li>- Intégration du Cycle de Vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'événement traumatique a une place « à part » dans les souvenirs et dans la chronologie (temporalité).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration du Cycle de Vie</li> <li>- <i>Tension, Stress and Trauma Release</i></li> <li>- <i>Somatic Experiencing</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'événement traumatique crée un figement dont il faut sortir en faisant l'expérience dans le corps.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fenêtre de tolérance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe une sorte de « zone optimale » d'intensité émotionnelle ; cette zone peut être dépassée par le haut (hyperactivation) ou par le bas (hypoactivation). Pour les personnes qui ont vécu un traumatisme, cette fenêtre de tolérance est dérégulée et le vécu émotionnel est soit « trop », soit « trop peu ».</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychothérapie du trauma réassociative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le mécanisme dissociatif qui est vécu à son insu peut être contrôlé volontairement.</li> </ul>

FIGURE 6 - LES INTÉRÊTS PARTICULIERS DES PRINCIPAUX MODÈLES, CONCEPTS ET APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

<sup>13</sup> Kédia, Vanderlinden, Lopez, Saillot & Brown (2019) ; Steele, Boon, Van Der Hart (2018) ; Smith (2016).



# Les symptômes

## Les principaux symptômes

Steele, Boon et Van Der Hart (2018) résument les symptômes dissociatifs de la façon suivante : « Les symptômes dissociatifs peuvent être positifs ou négatifs. Les symptômes positifs sont des intrusions temporaires comme des voix, de la douleur, des pensées et des émotions. Les symptômes négatifs sont des pertes de fonctions qui ne peuvent être expliquées par d'autres raisons, tels que l'engourdissement émotionnel, l'analgésie ou l'anesthésie, la paralysie et les pertes soudaines de compétences comme de conduire une voiture ou cuisiner. »

Les **symptômes de la dissociation peuvent se manifester plus ou moins fréquemment, longtemps, intensément** ; être présents de façon quasi-permanente (comme faisant partie de la personnalité) ou très ponctuellement dans des situations données.

Une des **difficultés** pour le thérapeute est la **nature « cachée » des symptômes dissociatifs**. En effet « le patient n'en est pas conscient, en est honteux ou ne sait pas comment décrire ses expériences » (Steele, Boon & Van Der Hart, 2018).

Voici une liste construite sur la base d'ouvrages, de publications, d'outils de diagnostic<sup>14</sup> et d'entretiens réalisés avec des personnes ayant vécu des troubles dissociatifs post-traumatiques et des thérapeutes. Cette liste n'est bien entendu pas exhaustive ; elle a pour principal but d'aider le thérapeute à identifier des signes d'une possible dissociation :

---

<sup>14</sup> DES II & SDQ-5 [présentés ici](#).

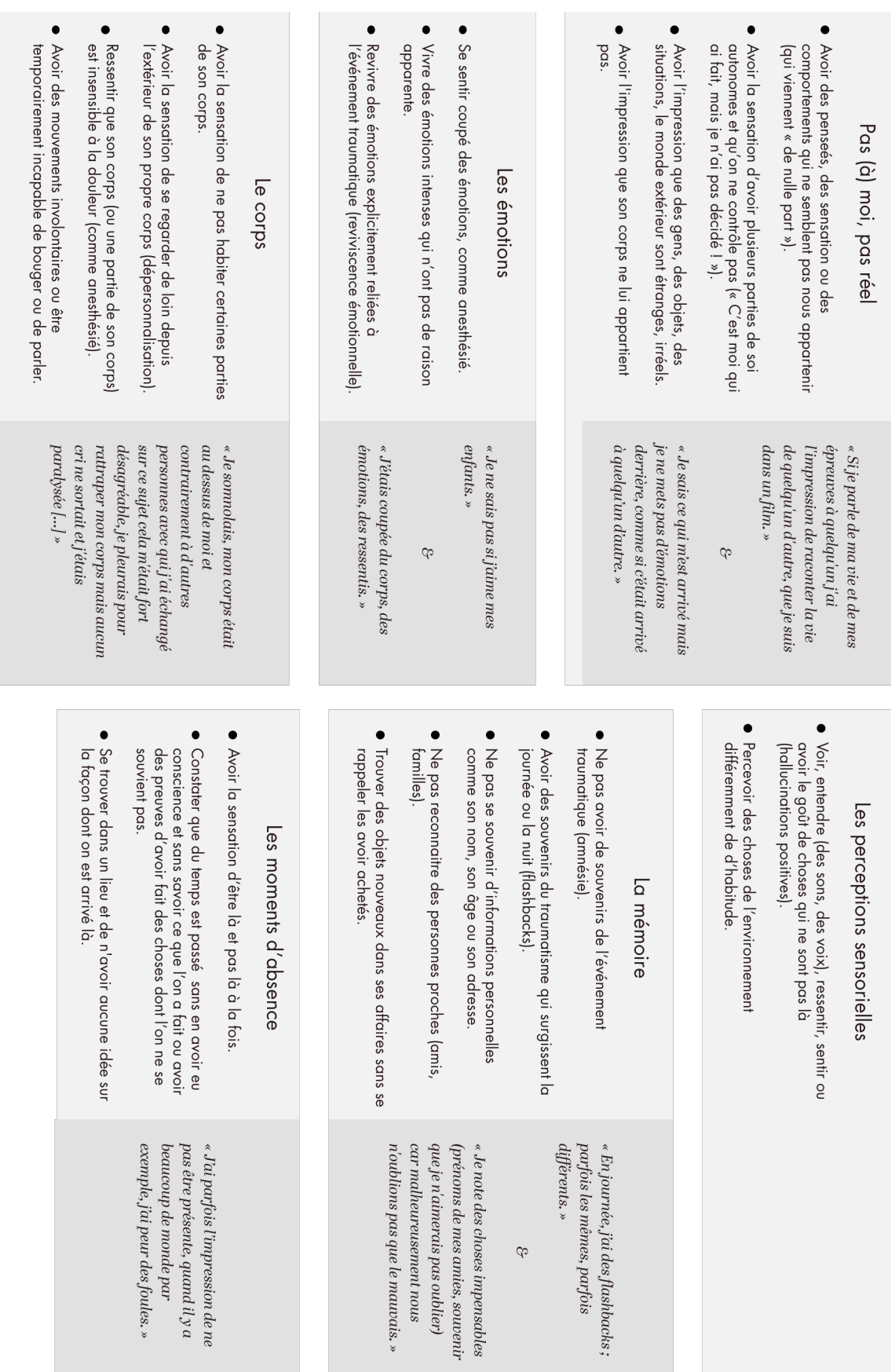


FIGURE 7 - PRINCIPAUX SYMPTÔMES DE TROUBLES DISSOCIATIFS

Selon les modèles théoriques, certains des phénomènes peuvent sembler plus « normaux » (ou plus courants) que d'autres. Les outils de diagnostic fonctionnent généralement avec des scores et des seuils au-delà desquels les phénomènes sont considérés comme pathologiques ; il faut donc que plusieurs des symptômes soient présents pour que le phénomène soit considéré comme pathologique. Concernant l'impression d'avoir plusieurs « parties » de personnalité, une façon de déterminer ce qui est « normal » de ce qui est « pathologique » est que

*« Le patient reconnaît facilement que les états du moi sont des parties de soi, ce qui n'est pas le cas pour les parties dissociatives. »*

— Steele, Boon et Van Der Hart (2018).

Et, évidemment, il convient de se demander si les phénomènes vécus sont source de souffrance pour la personne.

## Le traumatisme, au-delà de la dissociation

Au-delà des symptômes explicitement rangés sous le terme « dissociation », le traumatisme peut avoir de nombreux impacts. Ceux-ci sont plus généralement regroupés sous les appellations de « Troubles de Stress Aigu », « Troubles de Stress Post-Traumatique », « Troubles de Stress Post-Traumatique Complexe ».

Sans pouvoir aborder l'entièreté des impacts du (ou des) traumatisme(s), voici quelques points qui me semblent particulièrement importants à prendre en compte dans l'accompagnement :

- **Croyances** : que la personne en ait conscience ou pas, son système de croyances/valeurs peut avoir été modifié :
  - Désespoir (ex. « je ne suis pas à la hauteur », « je n'y arriverai jamais »).
  - Hypervigilance/méfiance (ex. « le monde est dangereux », « je ne peux pas faire confiance aux autres »).
  - Culpabilité.
  - Injustice.
- **Émotions** : et par conséquent, son monde émotionnel également :
  - Peur/anxiété quasi-constante et crises d'angoisse.
  - Honte (par exemple liée à la perte de contrôle).
  - Dégoût de soi.
  - Colère.
  - Tristesse.

A d'autres niveaux, c'est la relation à soi et aux autres qui peut être modifiée :

- **Relation à soi** (estime, image, confiance) : autodépréciation.
- **Relation aux autres** : méfiance, état d'alerte, danger.

# Les approches thérapeutiques

La dissociation d'origine traumatique est donc reliée à un (ou plusieurs) traumatisme(s). Les différentes approches thérapeutiques que j'ai rencontrées semblent partager comme point commun le traitement du traumatisme. Autrement dit, en terme d'état d'esprit pour l'accompagnement : **on traite le traumatisme au global et la dissociation en fait probablement partie.**

La principale tendance actuelle semble être à **l'intégration de différentes pratiques thérapeutiques**, approches, courants. Les experts ont donc généralement plusieurs techniques<sup>15</sup> ou approches thérapeutiques qui leurs permettent de s'adapter à leurs patients.

**L'EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) semble avoir une place à part entière dans l'accompagnement des traumatismes. Elle semble même être l'approche de choix ; elle est à la fois citée dans plusieurs ouvrages<sup>16</sup> et également par les personnes qui ont vécu un traumatisme<sup>17</sup>.

**L'hypnose** est également évoquée mais n'est pas spécifiquement rattachée à l'accompagnement des traumatismes.

## Limites et difficultés

Les professionnels de santé que j'ai rencontrés ne semblent pas rencontrer de limites dans leur pratique pour accompagner des personnes qui vivent des troubles dissociatifs suite à un traumatisme.

Les ouvrages évoquent un **manque de formation** des thérapeutes à la dissociation et aux psychotraumatismes d'autant que le sujet est complexe ; le **risque étant de passer à côté de la dissociation** (sur ou sous-évaluer).

Les thérapeutes évoquent des risques dans « **l'envie d'aller vite** », généralement exprimée par le patient qui souhaite se débarrasser de ses symptômes.

## L'hypnothérapie

Pour plusieurs auteurs<sup>18</sup>, l'intérêt spécifique de l'hypnose réside dans les « **similitudes entre état dissociatif traumatique et état hypnotique** », (Fareng & Plagnol, 2015). La dissociation vécue lors d'un événement traumatique serait comme une induction spontanée (involontaire) créant donc un état d'auto-hypnose.

Les personnes qui vivent des troubles dissociatifs connaissent donc bien cet état et utiliser l'hypnose reviendrait à « aller les chercher là où elles sont ». L'approche de la Psychothérapie du Trauma Réassociative semble aller dans ce sens avec ce qui est nommé « Utilisation

---

<sup>15</sup> Rêve éveillé, Méditation pleine conscience, Cohérence cardiaque, Ecriture automatique, etc.

<sup>16</sup> Notamment Smith (2016) et Steele, Boon & Van Der Hart (2018).

<sup>17</sup> D'une part dans les participants que j'ai rencontrés dans le cadre de ce mémoire et d'autre part dans des groupes comme « [Stress Post-Traumatique Les Soins : Témoignages](#) » (sur Facebook).

<sup>18</sup> Steele, Boon, Van Der Hart (2018) ; Simon (2016) ; Fareng & Plagnol (2015).

Paradoxe des Défenses hypnotiques : « Protections dissociatives » et dont un des buts est de redonner du contrôle au patient sur le mécanisme dissociatif.

L'hypnothérapie est donc adaptée :

- pour accompagner les patients ponctuellement en fonction de leurs objectifs (douleurs, angoisses, dépression, etc.)
- ou plus globalement pour les accompagner dans leur libération des séquelles d'un traumatisme et se « réunifier ».

Les aspects pratiques de l'accompagnement en hypnothérapie sont détaillés dans la section suivante : [Guide pratique pour l'accompagnement](#).



# Guide pratique pour l'accompagnement

## Se former sur les traumatismes et la dissociation

La dissociation d'origine traumatique est un sujet vaste et complexe. Plusieurs ouvrages et experts recommandent aux thérapeutes de se former sur ce sujet pour mieux être en mesure d'identifier les troubles dissociatifs et d'accompagner ces personnes. Voici quelques éléments d'orientation pour celles et ceux qui souhaitent aller plus loin :

Sites Internet spécialisés :

- [Association Mémoire Traumatique et Victimologie](#).
- [Association Francophone du Trauma et de la Dissociation \(AFTD\)](#).
- [European Society for Trauma and Dissociation \(ESTD\)](#).
- [International Society for the Study of Trauma and Dissociation \(ISSTD\)](#).

Livres et revues :

- Steele, K., Boon, S., Van Der Hart, O. (2018). *Traiter la dissociation d'origine traumatique: Approche pratique et intégrative*. De Boeck Supérieur. Chicago.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté: Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck Supérieur.
- Van Der Kolk, B., & Weil, A. (2018). *Le corps n'oublie rien: le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel. (Une conférence vidéo en lien avec le livre est disponible ici : [Bessel Van Der Kolk : "le corps n'oublie rien"](#))
- [Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation](#)

# Approche générale du traumatisme complexe et des troubles dissociatifs

Il semble y avoir un réel consensus sur le traitement du traumatisme complexe et des troubles dissociatifs<sup>19</sup> (Steele, Boon & Van Der Hart, 2018). Il s'agit d'un traitement par phases tel qu'il avait été proposé par Janet.

Pour Steele, Boon et Van Der Hart (2018) : « Le traitement des patients souffrant d'un trouble dissociatif est échelonné afin d'aider à développer les capacités cognitives, émotionnelles, somatiques et relationnelles nécessaires au début du traitement. »

Le schéma suivant présente succinctement ces 3 phases qui serviront de balises pour le thérapeute :

---

<sup>19</sup> L'accompagnement de personnes dans les jours qui succèdent à un événement traumatique (immédiat et jusqu'à 1 mois, ce qui correspond à l'Etat de Stress Aigu) nécessite une formation spécifique et d'autres pratiques thérapeutiques (déchoquage, defusing, debriefing). Il est recommandé d'orienter ces personnes vers une CUMP (Cellule d'urgence médico-psychologique).

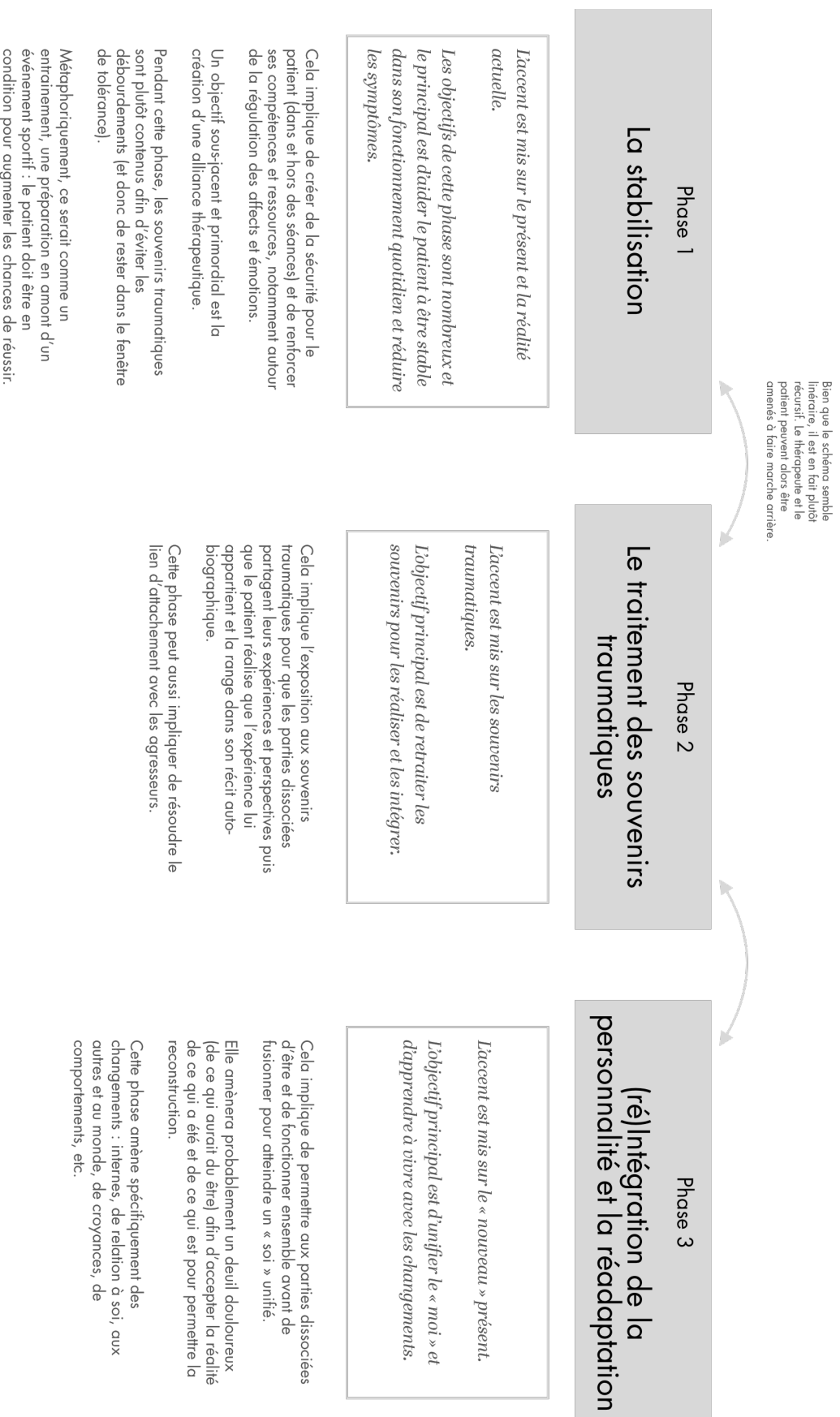


FIGURE 8 - LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES PAR PHASES



Cette approche par phases implique que **l'accompagnement se fera sur plusieurs séances** et que **les premières séances ne devront pas s'orienter sur les souvenirs traumatiques** (autrement dit, il semble peu approprié de faire une régression à la première séance).

## Conseils généraux

Cette section donne des conseils qui sont transverses pour l'accompagnement quelle que soit la phase ou les objectifs spécifiques d'une séance donnée.

### Construire le lien thérapeutique : sécurité et collaboration

Pour la plupart des personnes qui ont des troubles dissociatifs, la relation avec le thérapeute n'est pas simple ; certaines parties demandent de l'aide, d'autres peuvent être plus craintives, méfiantes. « En fait, les relations sont des déclencheurs primaires qui évoquent des souvenirs de traumatismes interpersonnels [...] » (Steele, Boon & Van Der Hart, 2018).

Le thérapeute doit donc comprendre les mécanismes de défense (dont les protections dissociatives) et créer de la **sécurité dans la relation**. Les conseils présentés dans les pages suivantes soutiennent la création de cette sécurité.

En complément, une approche consiste à parler explicitement de la relation thérapeutique avec le patient : quels sont ses ressentis et pensées ? À quel point se sent-il en sécurité ici et maintenant ? De la même manière, le thérapeute peut également divulguer ses propres perceptions (contre-transfert). Steele, Boon et Van Der Hart (2018) invitent le thérapeute à se poser les questions suivantes avant de partager son expérience :

- Ai-je des sentiments forts à propos de ce que je veux divulguer ? Y a-t-il toujours quelque chose de non résolu chez moi ?
- Est-ce que le patient est susceptible d'apprécier son impact sur moi en tant que thérapeute et peut-il utiliser mon expérience pour avancer dans sa réflexion ?
- Le patient a-t-il une alliance positive avec moi ?
- Le patient est-il susceptible d'utiliser mon information pour me réprimander ou m'humilier, c'est-à-dire que le patient pourrait être sadique envers moi ? Dans l'affirmative, serait-il utile de partager ma curiosité sur ce qui se passe pour le patient au moment où il/elle me fait mal ou m'humilie ?
- Une divulgation de mon expérience du patient serait-elle de trop pour que le patient puisse la tolérer ? Serait-ce susceptible d'engendrer de la honte, de la culpabilité, de la rage ou une offre de soin ?
- Y a-t-il un moyen de partager mon expérience sans bouleverser le patient ?
- Le patient pourrait-il utiliser ma divulgation pour dévier de sa propre expérience ? Pourrait-il ruminer sur la divulgation et demander encore plus de partage ?
- Comment chaque partie du patient pourrait-elle répondre à ma divulgation ? Est-elle susceptible de créer plus ou moins de cohésion entre les parties ?

Au-delà de la sécurité, cela contribue également à créer de la **collaboration** avec le patient, ce qui est un autre point clé de la relation thérapeutique. En effet, le type de relation<sup>20</sup> et de position (haute / basse) semblent avoir une grande importance dans l'accompagnement des personnes qui vivent des troubles dissociatifs post-traumatiques. Pour rappel, le mécanisme de

---

<sup>20</sup> Pour plus de détail, voir « Au-delà de l'attachement : une relation thérapeutique de collaboration » chez Steele, Boon et Van Der Hart (2018).

dissociation se déclenche dans une situation d'impuissance et une des séquelles probables est l'hypervigilance (méfiance, angoisse d'emprise, etc.). L'utilisation d'une posture « haute » (*leading*) semble donc peu adaptée car cela pourrait amener le patient à considérer le thérapeute comme agresseur.

Enfin, le thérapeute doit également prendre en considération la **sécurité externe** (hors du cabinet) en proposant des aménagements relationnels, un déménagement, une aide sociale, juridique (Dellucci, 2016). Lociuro (2019) citant Rothschild résume cela ainsi :

*« Il n'est pas possible de résoudre un traumatisme alors que le patient vit dans un environnement peu sûr et/ou traumatisant. Résoudre un traumatisme implique le relâchement des défenses qui ont aidé à l'endiguer. »*

## Surveiller sa stabilité en tant que thérapeute

L'accompagnement de ces personnes nécessite d'être bien stable dans sa position de thérapeute et donc de veiller à sa propre sécurité. Il y a d'une part la **capacité à entendre les histoires** à l'origine du traumatisme, d'autre part la **capacité à rester centré** et accompagner le patient **lorsqu'il vit des émotions intenses** ou décompense et enfin la **capacité à réguler la relation** (face à un mode d'attachement probablement désorganisé).

Au-delà de ce qu'il peut faire hors séance (s'auto-réguler, être supervisé et suivi par un thérapeute, se questionner sur ses limites et motivations, etc.), **le thérapeute peut agir sur son état pendant la séance de façon rationnelle** (prendre du recul pour amener de la compassion pour soi ou pour le patient, se rappeler de son rôle et de ses limites, etc.), **imaginative** (se décaler, être dans une bulle protectrice, être soutenu par d'autres personnes, etc.) ou **corporelle** (relâcher les muscles, respirer, reprendre contact avec l'environnement, etc.).

## Eviter les reviviscences

Les reviviscences peuvent accentuer les symptômes et la souffrance du patient (retraumatisation). Le thérapeute doit donc faire de son mieux pour éviter la réactivation des mnésies traumatiques. Pour cela, il peut suivre ces 4 grands principes :

- **Être vigilant** car « tout » (un mot, un son, un ressenti intérieur de la personne, la réponse à une question, un rapprochement dans la bulle proxémique, un changement de position basse en haute, etc.) pourrait être un déclencheur (et notamment être prêt à accompagner des régressions spontanées) ;
- **Mener une anamnèse progressive** (éviter de faire détailler les souvenirs traumatiques au début de la thérapie) ;
- Aider le patient à **identifier les déclencheurs** (sons, odeurs, images, situations, tout ce qui rappelle l'événement traumatique) ;
- **Aider le patient à réguler ses sensations et émotions** et à élargir sa fenêtre de tolérance.

## (In)former le patient : la psychoéducation

Un autre point abordé de façon transverse dans divers ouvrages est l'importance d'aider le patient à comprendre ce qui se passe et à apprendre à réguler son vécu (la littérature parle de

psychoéducation). Bien que la psychoéducation soit plus fortement nécessaire lors de la phase 1 du traitement (la stabilisation), elle reste transverse à l'accompagnement.

Les apports pédagogiques<sup>21</sup> peuvent entre autres porter sur :

- La **dissociation** : De quoi s'agit-il ? Quel est le fonctionnement ? Qu'est-ce que cela implique ? Etc. On pourra alors expliquer au patient qu'il s'agit d'un « mécanisme de défense automatique que l'organisme a utilisé pour se protéger à un moment donné et que c'était alors la meilleure solution » (Lociuero, 2019) afin de le rendre « normal » et « acceptable » aux yeux du patient qui pourrait ressentir de la honte (sur ses symptômes, sur la perte de contrôle, etc.), de la peur d'être jugé ou abandonné par le thérapeute.
- Les **parties dissociées de la personnalité** : En expliquant par exemple qu'une ou plusieurs parties du patient sont peut-être bloquées au moment de l'événement traumatique et qu'elles n'ont peut-être pas conscience du temps qui a passé et des réussites de la partie (ou les parties) qui fonctionne au quotidien.
- La **thérapie** : Comment va-t-elle se dérouler ? Quel est le cadre ? Quels changements peuvent arriver ? Etc.
- La **régulation des pensées, sensations et émotions** : Qu'est-ce que la fenêtre de tolérance ? Comment l'élargir en reprenant le contrôle sur le corps et les sensations ? Comment apaiser, relaxer le corps ? Etc. (voir la section [Phase 1 - Stabilisation](#) pour des solutions pratiques).

## Travailler avec les parties dissociées de la personnalité

Plusieurs modèles théoriques<sup>22</sup> autour de la dissociation considèrent que l'individu est découpé en plusieurs parties. Celles-ci peuvent :

- être plus ou moins nombreuses,
- avoir le sentiment d'être un individu à part entière et avoir des états d'esprit, des volontés, des fonctions, des actions et des sensations différentes (Zimmermann, 2015),
- avoir un rôle précis qui font qu'elles « s'activent » dans certaines situations,
- ignorer l'existence d'autres parties,
- être bloquées au moment du traumatisme et ne pas avoir conscience du temps qui est passé,
- être cachées.

De plus, il est probable que la partie la plus « normale » soit phobique des autres et veuille s'en débarrasser.

Au-delà de ces différences, **leur point commun est de contribuer à la (sur)vie** : elles défendent contre les menaces et assurent le fonctionnement dans la vie quotidienne. Il devient alors particulièrement important de comprendre pourquoi elles restent séparées. Steele, Boon et Van Der Hart (2018) identifient deux raisons majeures :

1. La phobie de l'expérience intérieure (évitement des pensées, sentiments et sensations liées aux souvenirs traumatiques et aux parties dissociatives).

---

<sup>21</sup> Les illustrations proposées dans ce document pourront servir à cela.

<sup>22</sup> Voir [Les modèles thérapeutiques](#).

2. La phobie des souvenirs traumatiques non résolus (les parties peuvent contenir des aspects différents du souvenir qui seraient insupportables pour les autres parties).

On pourrait résumer la démarche générale par la formule de Ken Wilber (2001) : « **transcender et inclure** ». L'intégration des parties peut se produire tout au long de l'accompagnement de façon spontanée. Cependant, c'est plutôt lors de la phase 3 que le travail sera explicitement orienté vers l'intégration, graduellement. La ligne de conduite à suivre pour permettre l'intégration peut se présenter ainsi :

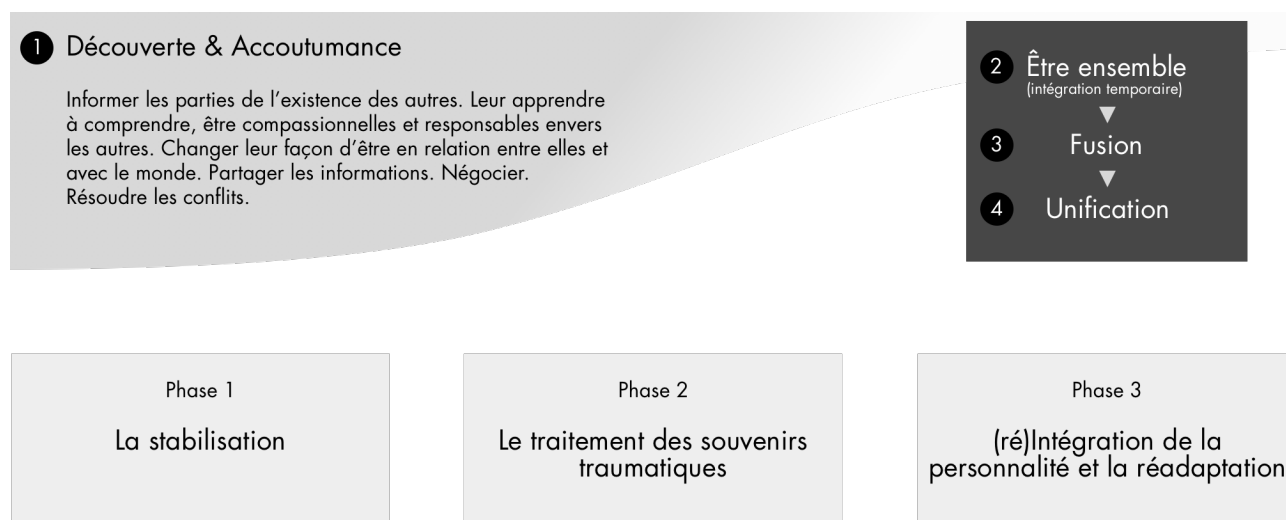


FIGURE 9 - LIGNE DE CONDUITE POUR TRAVAILLER AVEC LES PARTIES DISSOCIÉES DE LA PERSONNALITÉ

## Points de vigilance

- Certains patients peuvent être plus perturbés que d'autres et présenter une **comorbidité**<sup>23</sup> profonde avec des risques de suicide ou d'autres comportements extrêmes. Il convient des les orienter vers des hôpitaux ou lieux médicaux spécialisés.
- Certaines personnes se questionnent au sujet de leurs *flash-backs* ou cauchemars : **s'agit-il de vrais souvenirs ?** Au-delà du sujet complexe que représente la mémoire, c'est surtout la question de la posture du thérapeute qui est importante. Comme suggéré par le traitement par phases, l'abord des souvenirs traumatiques ne devrait pas se faire au début de l'accompagnement. Ensuite, la recommandation générale est de ne pas utiliser l'hypnose dans l'intention de chercher à savoir si le souvenir est vrai ou non, mais d'aider le patient à vivre sans avoir de certitude absolue (l'image d'un *flash-back* pourrait être issue d'un film ou autre).
- Plusieurs ouvrages proposent de créer avec le patient un **plan de sécurité** pour identifier les signes avant-coureurs, prévoir quoi faire, qui appeler et où aller si une crise survient en dehors des séances. Tout cela doit être écrit sur une feuille que le patient garde sur lui en permanence puisqu'il pourrait en oublier le contenu au moment de la crise.

<sup>23</sup> Voir le [glossaire](#) pour une définition.

# Anamnèse

Le concept de dissociation tel qu'il nous intéresse ici est probablement peu connu des personnes qui ont vécu un (des) traumatisme(s). Il est donc peu probable qu'elles consultent un thérapeute explicitement parce qu'elles « se sentent dissociées ».

En revanche, la notion de traumatisme ou d'événement traumatique est probablement mieux connue. Mais là encore, une personne peut avoir vécu un traumatisme (tel que défini en psychopathologie) sans pour autant l'avoir identifié en tant que tel (d'autant qu'une des protections possibles est l'amnésie).

C'est probablement plutôt pour leur état psychique général ou pour des symptômes spécifiques qu'elles viendront en consultation.

Les paragraphes suivants donnent un peu plus de détails pour investiguer sur des potentiels troubles dissociatifs. Il faut garder à l'esprit que c'est la présence de plusieurs indicateurs qui permet de soupçonner une dissociation traumatique.

## Pour rappel :

- Créer le lien thérapeutique en apportant de la sécurité et de la collaboration ;
- Eviter les reviviscences (éviter de rentrer en détail dans les souvenirs traumatiques et procéder progressivement) ;
- Surveiller sa propre stabilité ;
- Procéder avec pédagogie s'il y a effectivement des troubles dissociatifs.

## Etat psychique général

L'état psychique général peut être indicateur d'un traumatisme (et donc potentiellement de TSPT ou TSPT complexe et de troubles dissociatifs) :

- Attaques de panique, crises d'angoisses, hypervigilance, phobies, état dépressif, etc.
- Relation à soi (auto-dépréciation, auto-mutilation, etc.) et/ou relation aux autres (méfiance, etc.) difficile et déstructurée.

## Traumatisme

La présence d'un événement traumatique peut également être abordée directement par le patient ou le thérapeute. Dans ce cas, il est conseillé de mener l'anamnèse progressivement. Lociuro (2019) citant Rothschild conseille cela :

- Dans un premier temps, le patient ne fait que nommer les événements traumatisants.
- Si cela est confortable, alors seulement il est proposé au patient d'expliquer les traumas dans les grandes lignes.
- Enfin, si et seulement si l'étape précédente est confortable, il est proposé au patient de donner les détails importants de chaque incident.
- Il conviendra d'interrompre à chaque fois que le patient montre des signes d'hyperactivation ou des mouvements dissociatifs. On pourra demander au patient de lui-même interrompre son récit et signaler au thérapeute tout inconfort.

Les informations suivantes peuvent être particulièrement intéressantes pour évaluer la complexité du traumatisme (type I ou type II) et les éventuels troubles associés :

- S'agit-il d'un événement **unique ou répété** / chronique ?
- Est-ce arrivé **enfant** (précoce) ou plus tard ?
- Était-ce avec une **personne proche**, connue ou pas ?

Pour rappel, le traumatisme peut avoir été vécu en tant que victime mais également en tant qu'**observateur ou acteur** (auteur) ; il peut également avoir été **transmis par la(les) génération(s)** précédente(s), (Dellucci, 2016).

## Cas particulier : le traumatisme complexe précoce

Les traumatismes complexes (type II) et précoces représentent un cas particulier car l'enfant est en plein développement. Les répercussions du traumatisme dépendront du niveau de développement et organisation psychique de l'enfant. Autrement dit, plus il survient tôt, plus son impact peut être important et transverse. Métaphoriquement on pourrait dire que « les fondations du bâtiment sont fragiles ».

Un des impacts possibles est que les troubles dissociatifs fassent plus fortement partie de la personnalité. Adulte, la personne peut **ne pas avoir conscience** qu'elle a des moments d'absence, qu'elle n'est pas complètement dans son corps et qu'elle a peu de sensations et d'émotions car pour elle cet état est le seul qu'elle connaît. Cet extrait d'entretien illustre cela :

*Florent : Ça veut dire que les émotions reviennent ?*

*Participante : Non, elles viennent. Chaque pas est nouveau car je n'ai pas de modèle de référence « normal ».*

## Troubles dissociatifs

La [liste des symptômes](#) synthétique proposée dans ce document est une base pour identifier des potentiels troubles dissociatifs.

Dans ce qui semble être fréquent et rapidement perceptible pendant l'anamnèse, on retrouve :

- Le rapport au corps, aux émotions et aux sensations :
  - Rapport au corps et aux sensations (être vigilant aux incongruences discours-corps pendant l'anamnèse, questionner les ressentis) ;
  - Anesthésie émotionnelle ou débordements ;
  - Pratiques visant la recherche de sensations et d'émotions (drogues, alcool, pratiques sportives à risques, etc.) ou la recherche d'anesthésie (drogues, etc.).
- Les souvenirs :
  - Cauchemars (et donc qualité du sommeil), *flash-backs*, souvenirs fragmentés ou qui semblent ne pas lui appartenir, etc.
  - Amnésie des souvenirs d'enfance (0 à 10 ans) qui pourrait être un signe de traumatisme.
- Les moments d'absence (en faisant la différence entre une absorption « normale » et « sévère »).

## Pour aller plus loin

Il existe de nombreux<sup>24</sup> questionnaires ou guides d'entretiens semi-structurés qui visent à mesurer ou diagnostiquer la dissociation et les traumatismes (tous ne sont pas validés en français). Voici une sélection de ceux qui m'ont semblé utiles (n'étant pas psychiatre ou chercheur dans le domaine) :

<i>Dissociative Experience Scale</i> (DES)	Instrument de dépistage qui identifie trois catégories de symptômes : amnésie, absorption/implication imaginative et dépersonnalisation/déréalisation.  Carlson & Putnam (1993).  <a href="http://www.irpt.ch/fr/infos-utiles-documents.html">http://www.irpt.ch/fr/infos-utiles-documents.html</a>
<i>Dissociation Questionnaire</i> (DIS-Q)	Proche du DES mais il serait a priori plus facile pour les personnes de répondre aux questions.  Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen & Verkes (1993).  <a href="http://www.irpt.ch/fr/infos-utiles-documents.html">http://www.irpt.ch/fr/infos-utiles-documents.html</a>
<i>Somatoform Dissociation Questionnaire</i> (SDQ-20 et SDQ-5)	Il cible spécifiquement les symptômes physiques (somatoformes).  Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden (1997).  <a href="http://www.enijenhuis.nl/sdq">http://www.enijenhuis.nl/sdq</a>
<i>Traumatic Experiences Checklist</i> (TEC)	Il cible spécifiquement les expériences traumatiques : négligence et violences émotionnelles, agressions physiques, agressions sexuelles, problèmes familiaux, le décès, les blessures corporelles, la douleur sévère et des expériences de guerre.  Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden (1999).  <a href="http://www.enijenhuis.nl/tec">http://www.enijenhuis.nl/tec</a>

FIGURE 9 - OUTILS DE MESURE OU DE DIAGNOSTIC

## Pistes de travail en séance

Les possibilités de travail en hypnose sont nombreuses et le thérapeute doit identifier ce qui est le plus adapté au patient. Cette section introduit des axes de travail d'une part pour les **thèmes transverses** et d'autre part **en fonction des phases** du traitement<sup>25</sup> des traumatismes complexes.

<sup>24</sup> Voir Steele, Boon, Van Der Hart (2018) ; Smith (2016) ; Kédia, Vanderlinden, Lopez, Saillot, & Brown, D. (2019), le site Internet de l'[ISST-D](#) et celui de l'[IRPT](#).

<sup>25</sup> Voir [Approche générale du traumatisme complexe et des troubles dissociatifs](#).

## Thèmes transverses

- **L'événement traumatique, ses conséquences, l'état actuel et la démarche thérapeutique** peuvent être expliqués avec une métaphore. Voici un exemple<sup>26</sup> :

La personne unifiée	Une belle sphère de cristal très lumineuse.
L'événement traumatique	Une tornade.
La dissociation	Tout a été bouleversé pour cette sphère ; des morceaux sont éparpillés un peu partout sur la planète terre.
L'état actuel	<p>Elle a retrouvé certains morceaux, les a recollés et a récupéré une partie de sa lumière.</p> <p>Mais au fond d'elle, bien que le temps passe et qu'elle oublie petit à petit à quoi elle ressemblait avant la tornade, elle ressent qu'elle est incomplète, que des morceaux manquent.</p> <p>Les morceaux eux, sont plus ou moins perdus ; certains ont peur et ont l'impression d'être coincés dans la tornade, d'autres sont tristes, échoués sur une île déserte ou en colère, honteux, etc. et l'expriment comme ils le peuvent.</p>
La démarche thérapeutique	Nous allons informer les morceaux sur leur origine et de la tornade qui les a séparés. Nous allons leur permettre d'entrer en contact les uns avec les autres, de se relier et à terme de reformer l'unité et de retrouver la lumière d'origine.

FIGURE 10 - EXEMPLE DE SÉQUENCE POUR UNE MÉTAPHORE

- **Les troubles dissociatifs** (mécanisme et symptômes) qui sont perçus comme désagréables peuvent être recadrés en ressources (protections) qui, dans une situation précise, ont permis la survie. L'important est de récupérer le contrôle du mécanisme en séance et dans la vie quotidienne et de comprendre que la vie ne nécessite pas un état d'alerte permanent.
- Certaines **résistances** pendant la thérapie peuvent être recadrées en « affirmation de soi » pour le patient (sortir de l'impuissance vécue et s'affirmer). D'autres nécessiteront de la sécurité et des négociations (par exemple avec une partie protectrice qui crée la dissociation par peur que ce soit submergeant) pour évoluer.
- La **place inadaptée qu'occupe le souvenir traumatique** dans la mémoire peut être imagée par une métaphore du type : « Votre histoire est un peu comme une ficelle sur laquelle viennent s'ajouter des perles. Chaque perle représente un événement que vous avez vécu. Elles s'ajoutent les unes à la suite des autres. Mais il y a une perle particulière, celle de l'événement traumatique, qui ne s'est pas rangée sur cette ficelle. Elle est comme bloquée à l'entrée de la ficelle et elle dérange les nouvelles perles qui continuent de s'ajouter jour après jour. Il faut qu'elle retrouve sa place sur la ficelle et au bon endroit ; qu'elle devienne similaire aux autres perles. »

<sup>26</sup> Ou une guitare (accordée / désaccordée ; avec plusieurs cordes) où la démarche thérapeutique viserait à recréer l'harmonie, etc.



- La croyance de **désespoir** (« je n’y arriverai jamais ») peut également être abordée sous forme de métaphore (« la lumière brille toujours » ou « sur un continent dévasté par un ouragan, dans le terrain désolé, il y a une petite fleur qui pousse au milieu »<sup>27</sup>) ou plus directement en valorisant les ressources et tout ce qui va bien avec une futurisation par exemple.
- L’**état de figement** du corps au moment du trauma **et la nécessité d’en sortir** peuvent être expliqués directement : « Une partie de vous est restée figée sur le moment de l’événement traumatique. A ce moment là, votre corps a fabriqué beaucoup d’énergie pour vous permettre de fuir (ou de combattre) mais cette énergie ne s’est pas (complètement) libérée. La libération doit se faire par le corps tout en restant dans une quantité supportable/ confortable (fenêtre de tolérance). »
- Les **parties de la personnalité** peuvent être identifiées avec les termes du patient (ex. « Moi en colère », « Enfant triste », etc.), ceux du thérapeute (ex. des parties de moi, des alters, différentes façons d’être moi, des modes, des humeurs, des aspects de moi-même, etc.) ou réifiées avec des propositions de submodalités.
- L’état d’**hypervigilance** (« les gens sont dangereux ») peut compliquer l’accompagnement. Une solution peut être de la remplacer par une nouvelle croyance (module de *pre-talk*) pour le temps en thérapie (ex. « les gens sont dangereux » => « on collabore »).
- Le **rapport à soi** (confiance, estime, image) peut également être renforcé systématiquement à chaque progrès, dans chaque séance (ex. suggestions post-hypnotiques).

## Phase 1 - Stabilisation

Pour rappel, dans cette phase :

- L’accent est mis sur le présent et la réalité actuelle.
- L’objectif principal est d’aider le patient à être stable dans son fonctionnement quotidien et à réduire les symptômes.

Voici plusieurs sous-objectifs et des pistes de travail en séance :

### Être ici et maintenant

Pour développer la présence dans l’instant et dans l’espace, on peut orienter l’attention sur les stimuli internes ou externes en s’appuyant sur les approches de la méditation de pleine conscience<sup>28</sup>. Comme le résumait Harris, Penet & Milleville (2012) :

*L’instruction fondamentale que vous retrouvez au cœur de n’importe quel exercice de pleine conscience [...] est celle-ci : « Observez x » [...] Le « x » que nous observons peut être tout ce qui est présent au moment même : une pensée, une*

<sup>27</sup> Cette métaphore m’a été partagée par une des participantes.

<sup>28</sup> Christophe André (2010) liste cinq écoles de la pleine conscience : MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), DBT (Dialectical Behavior Therapy), Méthode Vittoz, OFT (Open Focus Therapy).

*émotion, une sensation, un souvenir, ou quoi que ce soit que nous puissions voir, entendre, toucher, goûter ou sentir.*

Pour ce qui est **externe**, le thérapeute peut demander au patient de nommer des choses perceptibles dans l'environnement. Par exemple, « Nommez 3 choses que vous voyez, entendez, ressentez par le toucher et 2 choses que vous sentez (odeurs). » ou « Trouvez 5 choses de couleur rouge ; [une fois que c'est fait] trouvez 4 autres choses de couleur rouge ; [idem 3 et 2, qui nécessitent de plus en plus d'attention et d'effort] ».

Pour ce qui est **interne**, le thérapeute peut utiliser des exercices de respiration en guidant l'attention du patient (parcours de l'air, sensations de froid à l'inspiration et chaud à l'expiration, mouvements des poumons, des épaule, etc.) ou tout simplement en créer (marcher, manger, boire, faire la vaisselle, etc.).

Certains exercices comme « La pleine conscience de vos mains » (voir en [annexe 1](#), Harris, Penet & Milleville, 2012) ciblent à la fois les stimuli internes et externes. Ces exercices sont particulièrement intéressants car ils contribuent à **éviter que le patient ne soit happé par des reviviscences traumatiques**. Il s'agit de développer une attention double (ou duelle) qui permet de mettre de la distance avec les reviviscences en étant à la fois présent à « ici et maintenant » et « alors et là » (Steele, Boon & Van Der Hart, 2018).

Tout au long de ces exercices, **le thérapeute doit veiller à ce que le patient reste « ici et maintenant »** et rediriger son attention lorsque c'est nécessaire. Par exemple, Steele, Boon et Van Der Hart (2018) proposent ce type de suggestion : « Que toutes les parties écoutent le son de ma voix. Ma voix vous rappelle que vous êtes ici avec moi, et vous pouvez entendre ma voix. Ici. Maintenant. Comme les miettes de pain qui montrent la piste, suivez mes paroles jusqu'à ici et maintenant. ».

## Réguler les émotions

La régulation des émotions implique des **exercices qui visent soit à apaiser le patient** (pour les moments d'hyper-activation) **soit à l'activer** (pour les moments d'hypo-activation) ; les deux objectifs sont d'apporter du contrôle au patient et d'élargir sa fenêtre de tolérance.

Les exercices qui visent à apaiser sont plutôt faciles à trouver (cohérence cardiaque, présence dans l'instant, visualisation, *safe-place*, ancrage, etc.).

En revanche, ceux qui visent à activer le système sont plus difficiles à trouver. Ils passent plutôt par le corps comme la méthode de Jacobson qui consiste à contracter et décontracter des muscles.

En séance, cela peut se faire progressivement en alternant des moments qui visent à apaiser et des moments qui visent à augmenter le stress mais toujours en restant dans la fenêtre de tolérance. Cette pratique appelée « **pendulation** » (ou « oscillation ») sera d'ailleurs utile pour la phase 2 pour faire des allers et retours entre un état ressource calme et le souvenir traumatique (Dellucci, 2014 ; Lociuro, 2019).

La régulation des émotions peut également passer par l'**identification des déclencheurs** de reviviscences (odeur, image, son, etc.) afin que le patient **les évite hors séance**.

## Contenir les souvenirs

Une approche proposée par Richard Kluft (1989) consiste à créer un contenant imaginaire, par exemple une boîte (ou un coffre), pour **y placer temporairement les souvenirs traumatiques** du passé ou tout contenu difficile du présent (ou des peurs éventuelles du futur) :

- La création de cette boîte imaginaire peut se faire en séance.
- Ensuite, elle pourra être utilisée en séance et hors séance pour contenir ce qui ne peut pas encore être abordé à ce moment là.
- Enfin, elle servira pendant la phase 2 de traitement du matériel traumatique car le confinement doit être temporaire.

Cette boîte fait donc alliance avec la tendance à l'évitement de la personne afin de contenir les manifestations ; elle contribue à **stabiliser** tout en apportant du **contrôle**.

## Créer la sécurité

Au-delà de tout ce qu'il faut mettre en place pour construire et renforcer l'**alliance thérapeutique**<sup>29</sup>, le thérapeute peut s'appuyer sur le concept de **lieu sûr** (*safe place*) :

- Le thérapeute peut accompagner le patient à créer un lieu sûr imaginaire (et éventuellement avec un ancrage).
- Le patient pourra alors l'utiliser hors des séances pour le renforcer et pour trouver de la sécurité.
- Pour cela, il faudra former le patient à l'auto-hypnose en lui proposant une induction simple et adaptée à lui.
- Ce lieu sûr imaginaire pourra être renforcé au fil des séances.

## Contrôler les phénomènes hypnotiques

L'approche de la Psychothérapie du Trauma Réassociative Reprendre semble particulièrement intéressante pour ce qu'elle nomme « Utilisation Paradoxaux des "Protections dissociatives" ». L'idée générale est que l'événement traumatique a créé une transe spontanée (et involontaire) et que le patient peut apprendre à contrôler cela pour créer volontairement et consciemment cette transe et des phénomènes hypnotiques, (Brassine, 2010).

En pratique, il s'agit de partir d'un souvenir agréable et de jouer avec les phénomènes hypnotiques ou alors de faire varier les symptômes qui sont présents (augmenter puis diminuer l'intensité avec un curseur) afin de prouver au patient qu'il peut avoir du contrôle sur ce qui lui semble être involontaire, (Lociuro, 2019).

<sup>29</sup> Ce terme désigne un concept spécifique - sujet à des publications - qui inclut des dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation. Despland, De Roten, Martinez, Plancherel, & Solai (2000).

## Informer les parties dissociées

Pour initier des échanges entre les différentes parties de la personnalité, une technique dite de « Table dissociative » (Fraser, 1991, 2003) peut être utilisée. Cela consiste à créer un lieu (un espace) confortable qui permettra aux différentes parties de discuter, échanger, s'informer, etc. Le thérapeute pourra alors guider les échanges en s'adressant au patient pour qu'il s'adresse lui-même à ses parties ou en s'adressant directement à elles<sup>30</sup>.

Les objectifs de ces échanges peuvent être multiples mais visent la stabilisation et le renforcement de leurs liens en vue de l'intégration de toutes les parties. Parmi les principaux, on peut cibler :

- Rendre les différentes parties visibles les unes aux autres.
- Comprendre et leur permettre de comprendre leurs finalités.
- Partager des souvenirs agréables.
- Informer du temps qui est passé et de la vie actuelle.

## Evaluer la progression

Tout au long de la phase de stabilisation, le patient et le thérapeute peuvent évaluer la progression. Dellucci (2016) identifie 3 dimensions à la stabilité :

- Stabilité sur le plan **individuel** ;
- Stabilité sur plan **relationnel** ;
- Stabilité par rapport aux **mouvements dissociatifs**.

L'évaluation de la progression et d'une stabilité suffisante pour commencer le travail avec des souvenirs traumatiques peut se faire de façon plus ou moins formelle et structurée. Elle est dans tous les cas pertinente pour le thérapeute et pour le patient (qui prendra peut-être conscience de ses progrès).

---

<sup>30</sup> Steele, Boon & Van Der Hart (2018) distinguent les modalités suivantes : « Parler au travers », « La partie adulte du patient en tant que médiateur », « D'autres parties en tant que médiateur », « Demander à une partie de se présenter à la séance », « Demander à une partie de communiquer par l'écriture ou l'art », « Les signaux idéomoteurs des doigts » (*signaling*).

Steele, Boon et Van Der Hart (2018) proposent en annexe un outil de « pronostic et échelle de cotation du progrès dans le traitement des troubles dissociatifs ». Dellucci (2016) propose la séquence de questions suivante qui peut être utilisée tout au long du processus thérapeutique pour évaluer et maintenir la stabilité :

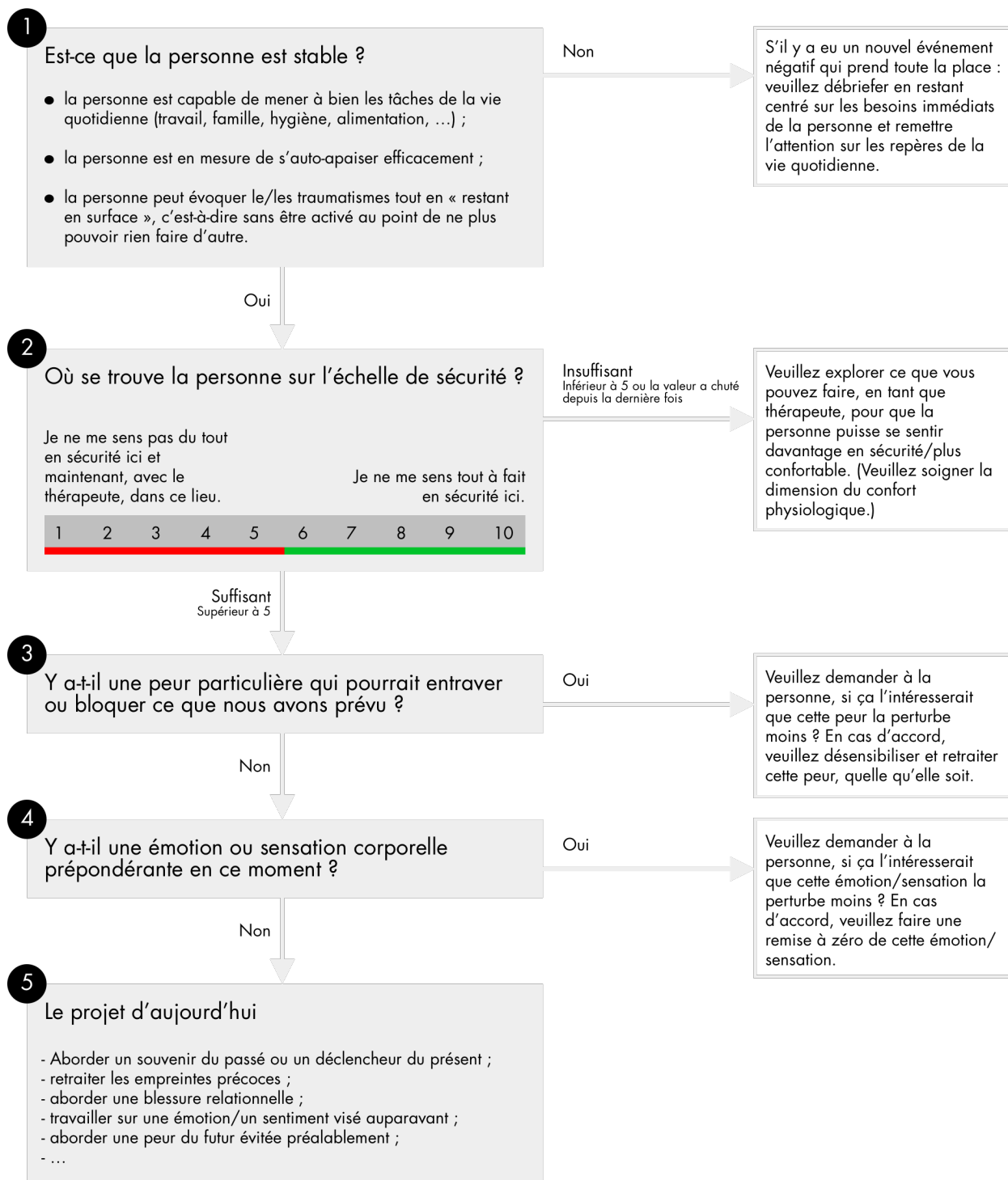


FIGURE 11 - QUESTIONNEMENT EN ARBORESCENCE POUR ÉVALUER ET MAINTENIR LA STABILITÉ ET LA SÉCURITÉ.

## Phase 2 - Traitement des souvenirs traumatiques

Pour rappel, dans cette phase :

- L'accent est mis sur les souvenirs traumatiques.
- L'objectif principal est de retraiter les souvenirs pour les réaliser et les intégrer.

Pour chaque souvenir traumatique, il faut un temps de préparation et de consentement et un temps de travail avec le souvenir traumatique (appelé « synthèse guidée » chez Steele, Boon & Van Der Hart, 2018).

### 1. La préparation et le consentement

La préparation consiste principalement à :

- Expliquer la démarche et son intérêt au patient ;
- Choisir un souvenir à traiter (commencer par les moins intenses) ;
- Obtenir un accord éclairé du patient et de toutes les parties ;
- Déterminer quelles parties participeront à la synthèse.

### 2. Le travail avec le souvenir traumatique

*« La synthèse guidée est le partage planifié et intentionnel d'un souvenir traumatique au sein des parties dissociatives de telle façon qu'il n'y ait plus d'amnésie de l'expérience vécue et que le long processus de réalisation puisse débiter. »*

— Steele, Boon & Van Der Hart (2018).

En pratique, cela peut être une sorte de **régression dans le souvenir traumatique** en impliquant uniquement les parties qui doivent y participer.

Pour s'assurer que le patient reste dans sa fenêtre de tolérance, le thérapeute peut :

- **Mettre plus ou moins à distance** (par exemple en utilisant la technique de double dissociation<sup>31</sup>) ;
- **Procéder par fractionnement** (en réalisant des allers retours entre le souvenir traumatique et une situation ressource).

Dans la technique du scénario réparateur le thérapeute invite le patient à **modifier le scénario**<sup>32</sup> lui-même et avec les propositions du thérapeute en **ajoutant des ressources** « sous forme de

<sup>31</sup> « La double dissociation consiste à demander au patient de se visualiser (première dissociation) sur un écran de cinéma sur lequel il laisse le film de son expérience se dérouler. Puis, on lui demande de s'imaginer quelque part dans la salle (par exemple dans la cabine du projectionniste), et de s'observer lui-même (seconde dissociation) en train de regarder le film. » WikiPNL ([année inconnue](#)).

<sup>32</sup> Comme cette approche me semble différente de celle proposée à l'Ecole Centrale d'Hypnose (ECH) - qui recommande de ne pas modifier ce qui est extérieur (environnement, autres personnes, etc.) - j'invite le thérapeute à réfléchir au sujet de la modification avant de mener la séance. Personnellement, j'aurai tendance à suivre la recommandation de l'ECH et réévaluer mon choix si je me trouvais dans une impasse avec un client.

capacités ou de possibilités d'action ou de réaction, de personnes-soutien, d'objets, etc. dont la victime n'a pas pu bénéficier au moment du trauma » (Josse, 2004).

Pour un même souvenir traumatique, il faudra peut-être plusieurs séances.

## Phase 3 - Intégration et réhabilitation

Pour rappel, dans cette phase :

- L'accent est mis sur le « nouveau » présent.
- L'objectif principal est d'unifier le « moi » et d'apprendre à vivre avec les changements.

Cette phase étant peu documentée dans les divers ouvrages que j'ai consultés, voici quelques pistes de travail.

### Accompagner l'unification

Pour rappel, l'unification peut se faire de façon spontanée ou progressive ; il est donc possible que certaines parties aient fusionné pendant les phases 1 & 2.

Pour celles qui restent, le thérapeute peut proposer une **période d'intégration temporaire** (« être ensemble »). Cela peut se faire autour de la table dissociative et avec l'accord de toutes les parties et la négociation d'une durée. Suite à cela, une nouvelle séance permettra d'aller plus loin ou d'ajuster.

Pour **relier les parties**, le thérapeute peut accompagner le patient dans la création de nouveaux liens entre elles. Ces liens pourront être créés un à un s'il y a peu de parties ou par un autre mécanisme si elles sont nombreuses.

Une séance peut s'appuyer sur une **métaphore complète** de toute l'histoire traumatique (thérapie incluse) et être suivie par une futurisation de la personne unifiée.

### Accompagner les changements

L'accompagnement aux changements peut impliquer :

- une (ou des) séance(s) de **deuil** ;
- un travail sur des **phobies** (changements, rapport au corps, intimité, sexualité, etc.) ;
- un travail sur les **relations** avec l'agresseur s'il s'agissait d'un proche.



# Synthèse

Comme évoqué à de nombreuses reprises, la dissociation d'origine traumatique est complexe et renferme plusieurs typologies de symptômes.

La démarche d'accompagnement en hypnothérapie vise à aider les patients à se réapproprier leurs différentes parties afin de reformer leur unité.

Cela passe par la réalisation du traumatisme. Celle-ci ne peut se faire qu'après une phase de stabilisation où le thérapeute contribue à créer de la sécurité et le patient apprend à être présent ici et maintenant et à contrôler ses mouvements dissociatifs et ses émotions.

Les pistes de travail en séance sont nombreuses.

Bien que l'hypnothérapie soit classée dans les thérapies brèves, ce type d'accompagnement doit s'envisager dans la durée et celle-ci dépendra des ressources du patient.

Ce sujet m'a semblé être particulièrement actif dans la communauté scientifique (plusieurs livres publiés en 2019) et il serait donc peu surprenant que de nouveaux modèles ou paradigmes émergent proposant alors de nouvelles approches thérapeutiques.





# Glossaire

## Acronymes régulièrement utilisés

- ESPT - Etat de Stress Post-Traumatique.
- ESA - État de Stress Aigu.
- PAN (ou PANP) - Partie Apparemment Normale de la personnalité.
- PE (ou PEP) - Partie Emotionnelle de la personnalité.
- PTSD - *PostTraumatic Stress Disorder* (en Anglais).
- SPT - Stress Post-Traumatique.
- SSPT - Syndrome de Stress Post-Traumatique.
- TDI - Trouble Dissociatif de l'Identité (anciennement « trouble de personnalité multiple »).
- TSA - Trouble de Stress Aigu.
- TSPT - Trouble de Stress Post-Traumatique.

## Autres termes fréquemment utilisés

**Comorbidité** : on parle de comorbidité lorsque plusieurs pathologies sont diagnostiquées simultanément (ex. « TSPT complexe et dépression sévère »).

**Dépersonnalisation** : les troubles de « dépersonnalisation/déréalisation » désignent un type de « trouble dissociatif » dans le DMS. Il s'agit du sentiment de perte de sens de soi-même, de la perte de contrôle du corps, de sensation de détachement de son propre corps ou de ses propres processus mentaux ou de la sensation d'être un observateur extérieur de sa propre vie.

**Déréalisation** : les troubles de « dépersonnalisation/déréalisation » désignent un type de « trouble dissociatif » dans le DMS. Il s'agit de la sensation que l'environnement extérieur (des objets, des personnes, etc.) est étrange ou n'est pas réel.

**Reviviscences** : il s'agit des pensées, cauchemars, *flash-backs*, sensations, émotions, etc. qui se manifestent spontanément et involontairement alors qu'il n'y a pas de danger imminent.



# Références

## Bibliographie

- André, C. (2010). [La méditation de pleine conscience](#). Cerveau&Psycho.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*.
- Butler, L. D. (2006). Normative dissociation. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 45-62. Chicago
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1986). [Dissociative Experiences Scale \(DES\)](#).
- Dellucci, H. (2014). Psychotraumatologie Centrée Compétences, *Thérapie Familiale*.
- Dellucci, H. (2016). Dissociation et traumatismes transgénérationnels. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 172-179). Malakoff : Dunod.
- Despland, J. N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. C., & Solai, S. (2000). [L'alliance thérapeutique : un concept empirique](#). *Rev Méd Suisse*, 58(2315), 1877-80.
- Ducrocq, F. (2009). [Le psychotrauma en chiffres : des enjeux multiples](#). *Revue francophone du stress et du trauma*, 9(4), 199-200.
- Fareng, M., & Plagnol, A. (2015). Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *Psn, me* 12(4), 29-46.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states in dissociative identity disorder and ego-state therapy. *Dissociation*, 4, 205-213.
- Fraser, G. A. (2003). Fraser's "dissociative table technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(4), 5-28.
- Harris, R., Penet, C., & Milleville, L. (2012). Être ici et maintenant. In. *Passez à l'ACT* (p. 213-236). Bruxelles: DeBoeck.
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT*. Bruxelles : DeBoeck.
- Josse, E. (2004). *Métaphore et Traumatisme psychique*.
- Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., & Brown, D. (2019). *Dissociation et mémoire traumatique*. Dunod.
- Kluft, R. P. (1989). Playing for time: Temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(2), 90-98.
- Lociuero, J. (2019). [Le traitement de la dissociation traumatique par l'hypnothérapie PTR](#).
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). [Questionnaire de la Dissociation Somatoforme \(SDQ-20\)](#).
- Nijenhuis, E., Van Der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Matthess, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue francophone du stress et du trauma*, 6(3), 125-139.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant mental health journal*, 16(4), 271-291.
- Simon, V. (2016). Hypnose médicale ericksonienne et dissociation traumatique dans l'agression sexuelle. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 172-179). Malakoff : Dunod.

- Smith, J. (2016). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Dunod.
- Steele, K., Boon, S., Van Der Hart, O. (2018). *Traiter la dissociation d'origine traumatique : Approche pratique et intégrative*. De Boeck Supérieur. Chicago.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck Supérieur
- Van Der Kolk, B., & Weil, A. (2018). *Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel.
- Wilber, K. (2001). *A theory of everything: An integral vision for business, politics, science and spirituality*. Shambhala publications.
- Zimmermann, E. (2015). [Quand l'esprit est fragmenté : les traumas et leurs effets sur la personnalité, vus par la TDSP.](#)

## Ressources Internet

### Sites web d'informations

- [Association Francophone du Trauma et de la Dissociation \(AFTD\).](#)
- [Association Mémoire Traumatique et Victimologie.](#)
- [European Society for Trauma and Dissociation \(ESTD\).](#)
- [Institut Romand de PsychoTraumatologie \(IRPT\).](#)
- [International Society for the Study of Trauma and Dissociation \(ISST-D\).](#)
- [Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation.](#)
- [Wiki PNL.](#)

### Conférences en vidéo

- [Steve Gallegos - Totem pole process - Hypnologie 2016.](#)
- [Bessel Van Der Kolk : "Le corps n'oublie rien".](#)
- [Psychothérapie de la dissociation et du trauma - Joanna Smith.](#)
- [Psychotraumatologie -Conference : Olivier Piedfort-Marin- Hypnologie 2018.](#)
- Compositions temporelles de "JE" - [Cours 1](#) & [Cours 2](#) - Hypnologie 2017.



# Annexes

## Annexe 1 - La pleine conscience de vos mains

Extrait de « Être ici et maintenant » de Harris, R., Penet, C., & Milleville, L. (2012).

*Thérapeute : Dans un moment, je vais vous demander d'observer vos mains. Et je veux dire de vraiment les observer. En fait, je vais vous demander de les observer pendant cinq minutes. Mais avant cela, j'aimerais savoir ce que votre esprit prévoit pour les cinq prochaines minutes ?*

*Patient : Ça semble être long.*

*Thérapeute : Oui. Et – supposons – est-ce que votre esprit pense que ce sera ennuyeux, ou difficile – quelque chose dans le genre ?*

*Patient : (riant) Oui, ça semble très ennuyeux.*

*Thérapeute : D'accord. Vérifions ensemble et voyons si c'est le cas. Parfois votre esprit est assez doué pour prédire les choses. C'est vraiment exact. Mais très souvent, ses prédictions sont un peu à côté de la plaque. Alors voyons ce qu'il se passe – voyons si c'est vraiment lent, et ennuyeeuuxx.*

*Dans la transcription suivante, les points de suspension indiquent une pause d'environ trois secondes.*

*Thérapeute : Je vous invite à vous mettre dans une position agréable. Et à retourner une des paumes de vos mains vers le haut, et gardez-la à une distance confortable de votre visage. Pendant les quelques prochaines minutes, j'aimerais que vous observiez votre main comme si vous étiez un scientifique curieux qui la découvre pour la première fois. Et de ce point de vue, observez d'abord la forme. Tracez mentalement la forme de votre main, en commençant par la base du pouce, et en faisant le contour de vos doigts... et observez la forme de l'espace entre vos doigts... Observez l'endroit où se termine votre main pour donner le poignet. Et maintenant, observez la couleur de votre peau... remarquez qu'il n'y a pas qu'une seule couleur... Il y a différents tons et différentes nuances, et des endroits tachetés... et toujours très lentement, étirez vos doigts aussi loin qu'ils peuvent l'être, et observez comme la couleur de votre peau change... puis très doucement, relâchez la tension, et observez comme la couleur réapparaît... faites-le encore une fois, très doucement, en observant la couleur qui disparaît... et ensuite revient... et observez les grosses lignes sur votre paume... observez la tournure qu'elles prennent quand elles se rassemblent ou quand elles divergent*

*ou se croisent... concentrez-vous sur l'une d'elle en particulier et observez toutes les petites lignes qui s'insèrent dedans ou en émanent... et maintenant, portez votre attention sur le bout d'un de vos doigts... observez le motif en spirale qui s'y trouve... ce schéma que vous avez toujours vu sur les empreintes digitales... et observez que ce schéma ne s'arrête pas sur le bout de votre doigt... il descend plus bas le long de votre doigt... suivez sa trace et observez comme il continue sur votre paume... et maintenant, toujours très doucement, collez votre petit doigt sur votre pouce... et observez la chair de votre paume qui se froisse... et maintenant relâchez tout doucement... et observez la chair qui reprend sa forme initiale... et maintenant, voici arrivés au bout des cinq minutes.*

*Patient : (étonné) Vous rigolez ? Ça fait cinq minutes ?*

*Thérapeute : Oh que oui ! Était-ce trop lent ou ennuyeux ?*

*Patient : Non, c'était très intéressant.*



Florent Jaouali

*Hypnothérapeute*

06 37 33 26 55

[florent@luminose.fr](mailto:florent@luminose.fr)

[www.luminose.fr](http://www.luminose.fr)