

# **Lignes directrices pour le traitement du trouble dissociatif de l'identité chez les adultes (2011) – Société Internationale pour l'Etude du Trauma et de la Dissociation (SIETD, en anglais ISSTD)**

*La Société internationale pour l'étude du trauma et de la dissociation (SIETD, en anglais ISSTD) est très reconnaissant à Serge Goffinet et Manoëlle Hopchet pour leur travail dans la production de cette excellente traduction de l'original publié en anglais dans le Journal of Trauma & Dissociation, 2011 ; 12 : 115-187.*

*Cet article peut être utilisé pour la recherche, l'enseignement et à des fins d'étude privée. Toute reproduction importante ou systématique, la redistribution, revente, le prêt ou sous-licences, la fourniture systématique ou la distribution sous quelque forme que quiconque est expressément interdite.*

## Note des traducteurs :

Nous avons choisi une traduction « à la française » qui vise la lisibilité par le lecteur francophone plutôt que la traduction « à la germanique » qui vise à être aussi près que possible du texte traduit. Ce parti est pris suite au fait qu'il s'agit d'un texte pour « psy » et non d'un texte littéraire ou de sciences exactes.

Nous avons aussi choisi de traduire « alternate identities » par identités alternantes plutôt qu'alternées pour souligner le dynamisme du phénomène plutôt que le constat clinique. Nous avons aussi préféré le terme « tout fait » pour traduire « made », ce qui signifie que tels sentiments, pensées ou actions ne sont pas l'œuvre du sujet lui-même mais viennent « tout faits » de l'extérieur comme dans l'expression « des idées toutes faites ».

Pour la traduction de « identity alteration » qui désigne non pas un changement d'identité mais la présence d'alters, c'est-à-dire de parties de la personnalité dite multiple, nous avons eu recours au mot de « pluralité d'identité » ou identité plurielle.

Nous avons traduit « switch » par « passage » pour désigner la transition d'une identité alternante vers une autre.

Paru en anglais dans le Journal of Trauma & Dissociation, 2011 ; 12 : 115-187.

## **Table des matières**

### **Avant-propos**

### **Introduction**

## **I. Epidémiologie, diagnostic clinique et procédures diagnostiques**

- A. Critère diagnostique pour le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI)*
- B. Dissociation : Terminologie et Définitions*
- C. Identités alternantes : Questions conceptuelles et manifestations physiologiques*
- D. Théories sur le développement du TDI*

- E. Entretien diagnostique*
- F. Les troubles dissociatifs non autrement spécifié (TDNAS) ou atypiques*
- G. Mesures de la dissociation*
- H. Autres tests psychologiques*
- I. Diagnostic différentiel et erreur de diagnostic du TDI*
- J. La comorbidité somatoforme dans le TDI*

## **II Buts du traitement et devenir**

- A. Fonctionnement intégré comme but du traitement*
- B. Le devenir du traitement. Les trajectoires de traitement et coût réel pour le TDI.*

## **III. L'approche du traitement orienté par phases**

- 1. La phase d'établissement de la sécurité, stabilisation et réduction du symptôme*
- 2. La phase de confrontation, d'élaboration et d'intégration des souvenirs traumatiques*
- 3. La phase d'intégration et de réhabilitation*

## **IV. Modalités de traitement**

- A. Trame du traitement ambulatoire*
- B. Traitement hospitalier*
- C. Hospitalisation partielle ou traitement résidentiel*
- D. Thérapie de groupe*
- E. Pharmacothérapie*
- F. Hypnose comme un facilitateur de psychothérapie*
- G. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)*
- H. Traitements par l'expression et de réhabilitation*
- I. Psychothérapie sensori-motrice*
- J. La thérapie électroconvulsive*
- K. Les interviews facilitées pharmacologiquement*

## **V. Aspects particuliers du traitement**

- A. Consentement éclairé*
- B. Aspects des limites dans la psychothérapie du TDI*
- C. Validité des souvenirs des patients d'abus sexuel*
- D. Abus organisé*

*E. Publications et interactions avec les médias*

*F. Aspects spirituels, religieux et philosophiques du patient*

*G. Les patients souffrant de TDI comme parents*

## Conclusion et Références

### Avant-propos

La Société Internationale pour l'Etude de la Dissociation (SIED, en anglais ISSD, [l'ancien nom de l'ISSTD]) a adopté les « Lignes directrices pour le traitement du trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple) chez les adultes » en 1994.

Cependant, ces lignes directrices doivent être actualisées vu les développements récents dans ce champ spécialisé et nécessitent donc des révisions régulières. Une première révision des « Lignes directrices » fut proposée par le comité des standards de pratique de l'ISSD et fut adoptée par le conseil exécutif de l'ISSD en 1997 après des commentaires nourris des membres de la Société. Une seconde révision des Guidelines fut nécessaire et approuvée en 2005, utilisant cette fois l'expertise d'un groupe de travail de cliniciens experts et de chercheurs. La révision actuelle a été entreprise par un nouveau groupe de travail en 2009 et 2010 après incitation au survol critique, d'une manière très ouverte, de la part des membres<sup>1</sup>.

Cette version actuelle des « Lignes directrices » se focalise spécifiquement sur le traitement du TDI (en anglais DID) et sur ces formes de trouble dissociatif appelées trouble dissociatif atypique ou encore trouble dissociatif non autrement spécifié (TDNAS, en anglais DDNOS), qui sont très ressemblants au TDI. Son but est d'être un guide pratique pour la gestion des patients adultes et elle représente une synthèse de la connaissance scientifique actuelle et de la pratique clinique spécialisée. Une version à part des « Lignes directrices » pour l'évaluation et le traitement des symptômes dissociatifs chez les enfants et les adolescents (Société Internationale pour l'étude de la Dissociation, 2004) est disponible via l'ISSTD et a été publiée dans le Journal of Trauma & Dissociation. L'association américaine de psychiatrie a publié les « Lignes directrices pratiques pour le traitement des patients avec un trouble de stress aigu (TSA) et avec un trouble de stress post-traumatique (ESPT) » (American Psychiatric Association, 2004), qui peuvent être intéressantes dans les modalités de traitement du TDI.

### Introduction

Ces dernières trente années, le diagnostic, l'évaluation et le traitement des troubles dissociatifs ont été améliorés par le meilleur repérage clinique des problèmes dissociatifs, la publication de nombreuses recherches et de travaux académiques sur le sujet ainsi que le développement d'instruments diagnostiques spécialisés. Des publications - visées par les pairs - sont apparues dans la littérature internationale via des cliniciens et chercheurs aux Etats-Unis, Canada, Porto Rico, Pays-Bas, Norvège, Suisse, Irlande du Nord, Royaume-Uni, Allemagne, Italie, France, Suède, Espagne, Turquie, Israël, Oman, Iran, Inde, Australie, Nouvelle Zélande, Philippines, Ouganda, Chine et Japon. Ces publications sont faites notamment d'études de cas, de séries de cas cliniques, d'études de psychophysiologie, de neurobiologie, de neuro-imagerie, du développement d'instruments de diagnostic, d'études cliniques ouvertes et d'études de devenir du traitement, de descriptions de traitement, de modalités de traitement et de choix de

---

<sup>1</sup> pour le nom des membres des différentes commissions, voir la version anglophone

traitement. Les publications donnent des arguments en faveur de l'existence du TDI comme diagnostic transculturel, qui a donc une validité comparable (ou davantage) aux autres diagnostics psychiatriques bien établis (Gleaves, May & Cardena, 2001) car il faut noter que les altérations de l'identité et/ou de la conscience peuvent se présenter sous d'autres formes dans d'autres cultures - comme la possession ou d'autres syndromes liés à la culture (Cardena, Van Duijl, Weiner & Terhune, 2009). Les « lignes directrices » présentent les découvertes principales et les principes, généralement acceptés, qui reflètent la connaissance scientifique actuelle et l'expérience clinique spécifique au diagnostic et au traitement du TDI et ses formes similaires dans le TDNAS. Il faut comprendre que l'information contenue dans ces « Lignes directrices » est conçue comme un ajout et ne remplace donc pas les principes généralement acceptés de psychothérapie et psychopharmacologie. Le traitement du TDI devrait adhérer aux principes fondamentaux de la psychothérapie et de la gestion médicale, psychiatrique, utilisant des techniques spécialisées exclusivement destinées à prendre en compte la symptomatologie dissociative spécifique.

Les recommandations des « Lignes directrices » ne sont pas destinées à être figées ni à servir d'étalon aux soins. Les recommandations pratiques reflètent l'état de l'art de guérir dans ce champ spécifique à l'heure actuelle. Les « Lignes directrices » ne sont pas conçues pour inclure toutes les méthodes appropriées ou pour exclure d'autres interventions thérapeutiques acceptables. Et même davantage : suivre les « Lignes directrices » n'aura pas comme résultat nécessaire un devenir thérapeutique heureux. Le traitement devrait toujours être individualisé et les cliniciens doivent examiner l'adéquation d'une méthode spécifique de soin à un patient donné à la lumière de l'état clinique du patient ainsi que des options disponibles à tel moment du traitement.

## **I. Epidémiologie, diagnostic clinique et procédures diagnostiques**

Le TDI et les troubles dissociatifs ne sont pas des problèmes rares. Dans les études de population générale, on s'accorde sur un taux de prévalence du TDI de 1 à 3 % (Murphy, 1994 ; Johnson, Cohena, Kasena & Brook, 2006 ; Ross, 1991 ; Sar, Akyüz & Dogan, 2007 ; Waller & Ross, 1997). Les études en Amérique du Nord, Europe et Turquie ont montré que entre 1 à 5 % des patients dans des unités de psychiatrie générale pour adultes et pour adolescents, et dans les services de traitement des abus de substance, des troubles alimentaires, et du trouble obsessionnel-compulsif peuvent répondre aux critères diagnostiques DSM-IV-TR pour le TDI, particulièrement lorsque l'évaluation a lieu avec les instruments diagnostiques structurés. Beaucoup de ces patients n'ont pas été diagnostiqués cliniquement avec un trouble dissociatif (Bliss & Jeppsen, 1985 ; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschiz, 2006, Goff, Olin, Jenike, Baer & Buttolph, 1992 ; Johnson, Cohen, Kasen & Brook 2006 ; Kadarag et al., 2005 ; Latz, Kramer, & Highes, 1995 ; McCallum, Lock, Kulla, Rorty, & Wetzel, 1992 ; Ross, Anderson, Fleisher, & Norton, 1991 ; Ross et al., 1992 ; Modestin, Ebner, Junghan, & Erni, 1995 ; Sar, Akyuz & Dogan, 2007 ; Saxe et al., 1993 ; Tutkun et al., 1998). Nombre des patients de ces études n'avaient pas été diagnostiqués cliniquement comme souffrant d'un trouble dissociatif. Les difficultés diagnostiques en ce qui concerne le diagnostic du TDI résultent d'abord et avant tout d'un manque d'information des cliniciens à propos de la dissociation, des troubles dissociatifs et des effets du trauma psychologique mais aussi des erreurs cliniques. Une telle situation a conduit à envisager rarement le diagnostic de trouble dissociatif et a mené à des conceptions erronées quant à leur présentation.

La plupart des cliniciens ont dans l'idée que le TDI est un trouble rare avec un tableau floride, dramatique. Bien que le TDI soit un trouble relativement commun, Kluft (2009) a observé que « seulement 6% des patients TDI ont une présentation, habituelle, évidente de leur TDI » (p.

600). Kluft (1991) a appelé ces moments de visibilité des « fenêtres de diagnosibilité » (discutés aussi par Loewenstein [1991]). Plutôt que de montrer de façon visible des identités alternantes, le patient TDI présente un mélange de symptômes provenant des troubles dissociatifs et des troubles de stress post-traumatique (ESPT) qui sont nichés dans un ensemble de symptômes qui ne sont pas liés au trauma (par exemple, dépression, attaques de panique, abus de substance, troubles somatoformes, symptômes de trouble du comportement alimentaire, etc ;). La prédominance de tous ces symptômes, très familiers, amène le clinicien à diagnostiquer seulement les problèmes comorbides. Le patient souffrant de TDI, qui lui n'est pas diagnostiqué, peut donc être traité pour les problèmes susmentionnés, mais ce traitement n'est pas couronné de succès, puisque sont seulement prises en compte les affections comorbides.

Enfin, presque tous les praticiens (NDT : aux Etats-Unis) sont enclins à utiliser des questionnaires diagnostiques standards et des examens d'état mental dont ils ont fait l'apprentissage pendant leur formation professionnelle. Malheureusement, ces interviews standardisées n'incluent pas des questions sur la dissociation, sur les symptômes post-traumatiques ou à la recherche d'une histoire de trauma psychologique. Etant donné que les patients souffrant de TDI donnent rarement des informations volontairement et directement sur leurs symptômes dissociatifs, l'absence de questions ciblées sur de tels symptômes écarte le clinicien de ce diagnostic. En plus, comme beaucoup de cliniciens reçoivent peu ou pas de formation sur la dissociation ou le TDI, ils ont de la difficulté à reconnaître les signes ou les symptômes du TDI lorsqu'ils surviennent spontanément. Le sine qua non pour le diagnostic de TDI est que le clinicien doit partir à la recherche des symptômes de la dissociation. L'entretien clinique devrait être complété, si nécessaire, par des instruments discriminants et des questionnaires structurés qui évaluent la présence ou l'absence de symptômes et de troubles dissociatifs.

### ***A. Critères diagnostiques pour le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI)***

Le Manuel Diagnostique et Statistique, 4<sup>e</sup> édition, texte revu (DSM-IV-TR) ; American Psychiatric Association, 2000a) définit les critères diagnostiques suivants pour le trouble Dissociatif de l'Identité (300.14, p. 529) :

- A. présence de deux identités (ou davantage) ou états de personnalité - chacun avec son mode relativement permanent de perception, de relation, de pensée sur l'environnement et sur soi
- B. Au moins deux de ces identités ou états de personnalités prennent le contrôle - de manière récurrente - du comportement de la personne
- C. Incapacité de se souvenir d'informations très personnelles : oubli important qui doit être distingué de ce qui s'oublie communément
- D. La perturbation n'est pas due à des effets physiologiques directs d'une substance (entre autres absences (blackouts) ou comportement chaotique pendant l'intoxication alcoolique) ou un problème médical général (par exemple les épilepsies partielles complexes). Note : chez les enfants, les symptômes ne sont pas attribuables à des compagnons imaginaires ou d'autres jeux fantasques.

Au cours des dernières années, il y a eu des débats sur les critères diagnostiques du TDI. Dell (2001, 2009a) a suggéré que le haut niveau d'abstraction des critères habituels de diagnostic et le manque de symptômes cliniques concrets qui y correspondraient, ont réduit drastiquement leur utilisation par le clinicien lambda, et qu'un faisceau de signes et de symptômes qui apparaissent fréquemment pourraient plus adéquatement donner une image typique, en quelque sorte une saisie, des patients souffrant de TDI. D'autres encore, ont suggéré que les critères

actuels sont suffisants (Spiegel, 2001). D'autres, enfin, ont suggéré que les troubles dissociatifs devraient être re-conceptualisés comme composante du « spectre des troubles traumatiques », soulignant ainsi leur association intime avec des circonstances de débordement liées au psychotraumatismes (Davidson & Foa, 1993 ; Roos, 2007 ; Van Der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006)

### ***B. Dissociation : terminologie et définitions***

L'Association Américaine de Psychiatrie (AAP, en anglais APA, 2000a) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, en anglais WHO, 1992) ont affirmé l'existence des troubles dissociatifs mais sans définir complètement la nature de la dissociation. Donc, le DSM-IV-TR affirme que « le trait essentiel des troubles dissociatifs est une interruption des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception » (American Psychiatric Association, 2000a, p. 519). Il existe un certain débat autour du concept de dissociation, doit-il être compris au sens large ou au sens restreint. Putnam (1989) a décrit le processus de dissociation comme « ...un processus normal qui est utilisé initialement à titre défensif par un individu pour gérer des expériences « traumatiques qui évoluent avec le temps vers un processus mal adapté ou pathologique ... » (p. 9). De nombreux auteurs (par exemple Cardena, 1994 ; Holmes et al., 2005) ont utilisé le terme de dissociation de manière descriptive en faisant référence aux échecs d'intégration de l'information et d'auto-attribution cognitive et aussi aux altérations de conscience caractérisées par un sentiment de détachement par rapport à soi-même et/ou à l'environnement. Une autre manière d'envisager la dissociation est basée sur la distinction que fait Pierre Janet entre des symptômes dissociatifs négatifs (i.e., une diminution ou une abolition d'un processus psychologique) et positifs (i.e., la création ou l'exagération d'un processus psychologique). La définition de Dell et O'Neil (2009) est basée sur le concept central du DSM-IV de discontinuité : la manifestation essentielle d'une dissociation pathologique est une rupture partielle ou complète de l'intégration normale du fonctionnement psychologique d'une personne...Spécifiquement, la dissociation peut, de manière inattendue interrompre, modifier ou porter atteinte à la conscience d'une personne et à son vécu corporel, à son expérience du monde, du Soi, de l'esprit, de la représentation, de l'intentionnalité, de la pensée, de la croyance, du savoir, de la reconnaissance, du souvenir, du sentiment, du désir, de la parole, de l'acte, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, du toucher etc. Ces ruptures ...sont typiquement vécues par la personne comme des intrusions ayant leur propre logique, la surprenant dans ses manières habituelles de réagir ou de fonctionner. Les intrusions dissociatives les plus communes comprennent : entendre des voix, la dépersonnalisation, la déréalisation, des pensées 'toutes faites', des envies 'toutes faites', des désirs 'tout faits', des émotions 'toutes faites' et des actions 'toutes faites'. (p. xxi)

Les processus dissociatifs ont diverses manifestations (Howell, 2005) et de nombreuses ne sont pas pathologiques. En particulier, Dell (2009b) a avancé que la dissociation spontanée, liée à la survie est une partie de la réaction normale, sélectionnée par l'évolution et spécifique à l'espèce ; cette dissociation est automatique et réflexive et est une partie d'une réaction biologique normale, brève, d'une durée définie, qui disparaît une fois le danger passé. La relation entre cette réaction dissociative et le degré ainsi que la nature de la dissociation caractéristique des troubles dissociatifs n'est pas encore complètement comprise.

### ***C. Identités alternantes : questions conceptuelles et manifestations physiologiques***

Le patient TDI est une personne singulière qui se vit comme ayant des identités alternantes, séparées, qui ont une autonomie psychologique relative l'une par rapport à l'autre.

A divers moments, ces identités subjectives peuvent prendre le contrôle exécutif du corps et du comportement de la personne et/ou influencer son vécu et comportement de « l'intérieur ». Prises ensemble, toutes les identités alternantes forment l'identité ou la personnalité de l'être humain avec un TDI.

Les identités alternantes ont été définies de plusieurs manières. Par exemple, Putnam (1989) les décrit comme « états hautement discrets de conscience organisés autour d'un affect prévalent, sentiment d'un soi (incluant l'image du corps) avec un éventail limité de comportements et une série de souvenirs liés à tel ou à tel état. » Kluft (1988) affirme que « Un état de personnalité désagrégé est l'adresse psychique d'un mode particulier - relativement stable et durable - de fonctionnement pouvant mobiliser sélectivement des contenus psychiques, qui peuvent avoir des répercussions comportementales non seulement avec des dimensions d'assumer un rôle et de jouer un rôle mais cet état est également sensible aux stimuli intrapsychiques, interpersonnels et environnementaux. Il est organisé et associé à une modalité relativement stable de l'activation neuro-psycho-physiologique, et a des contenus psycho-dynamiques cruciaux. Il fonctionne à la fois comme un récepteur, processeur, centre de stockage pour les perceptions, expériences et leur élaboration en connexion avec les événements et les pensées du passé et/ou du présent et même du futur. Il a le sens de sa propre identité et de sa propre idéation et la capacité d'initier des processus de pensée et d'action » (pp.55).

De nombreux termes ont été développés pour décrire le sentiment d'états de soi ou d'identités subjectives du patient TDI, notamment : *personnalité*, *état de personnalité*, *état de soi*, *état de soi désagrégé*, *alter*, *personnalité alter*, *identité alternante*, *partie*, *partie de l'esprit*, *partie du soi*, *partie dissociative de la personnalité* et *entité* (voir Van der Hart & Dorahy, 2009). Parce que le *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000a) utilise le terme *identité alternante*, ce terme sera utilisé dans « les lignes directrices » pour rester cohérent.

Les cliniciens devraient s'accorder sur un langage unique et personnalisé grâce auquel les patients souffrant de TDI caractérisent leurs identités alternantes. Les patients vont communément s'exprimer en faisant référence à eux-mêmes comme ayant des parties, des parties à l'intérieur, des aspects, des facettes, des manières d'être, des voix, des multiples, des sois, des âges de moi, des gens, des personnes, des individus, des esprits, des démons, d'autres etc. Il peut être utile de se servir de termes que les patients utilisent pour faire état de leurs identités, sauf si l'emploi de ces termes n'est pas en phase avec le dispositif thérapeutique et/ou avec le jugement clinique, car certains termes vont renforcer la croyance que les identités alternantes sont des personnes séparées ou des personnes réelles plutôt qu'un seul être humain avec des aspects de soi divisés.

*Les différences physiologiques parmi les identités alternantes.* Des études de cas et des recherches utilisant des petits groupes de patients souffrant de TDI et des sujets contrôles qui simulaient différentes 'identités alternantes' ont constaté des différences physiologiques significatives chez les patients souffrant de TDI comparés à ces contrôles, qui se manifestent à travers différents paramètres. On note ainsi des différences dans l'acuité visuelle, dans les réponses aux médicaments, les allergies, les niveaux de glucose dans le plasma chez les patients diabétiques, pour le rythme cardiaque, la mesure de la tension artérielle, la réponse galvanique de la peau, la tension musculaire, la latéralité, la fonction immunitaire, l'architecture du tracé électro-encéphalographique et des potentiels évoqués, l'activation fonctionnelle par imagerie obtenue par résonance magnétique ainsi que l'activation cérébrale et le débit sanguin régional calculé en utilisant la tomographie par émission de photons uniques et par émission de positrons, entre autres (Loewenstein & Putnam, 2004 ; Putnam, 1984, 1991b ; Reinders et al., 2006 ; Sar, Ünal, Kiziltan, Kundakci, & Öztürk, 2001 ; Vermetten, Schmal, Lindner, Loewenstein, & Bremner, 2006). Globalement, les patients souffrant de TDI, comme

groupe, ont une plus grande variabilité physiologique entre leurs différentes identités propres par rapport aux pseudo-identités du groupe des contrôles qui simule le TDI et cela davantage que les types de différences stables et reproductibles qui caractérisent chaque individu.

Des études récentes ont montré des différences neurobiologiques significatives entre différents types d'identités alternantes de TDI dans une étude, où chaque identité, l'une après l'autre, écoutait un récit de trauma que seule une identité vivait subjectivement comme souvenir 'personnel' (Reinders et al., 2003, 2006). Ces différences comprenaient des réactions émotionnelles et sensorimotrices subjectives, des réactions psychophysiologiques telles que le pouls et la tension artérielle, ainsi que des distributions de débit sanguin cérébral régional mesuré avec la tomographie par émission de positrons. Par contre, ces variations neurobiologiques n'ont pas été constatées pour les deux différents types d'identités alternantes lorsque chaque identité écoutait à son tour le récit d'un souvenir autobiographique neutre, non traumatique.

#### ***D. Théories sur le développement du TDI***

Ce n'est pas le propos de ces « lignes directrices » de fournir une discussion complète des théories actuelles sur le développement d'identités alternantes dans le TDI (voir Loewenstein & Putnam, 2004, et Putnam, 1997, pour une discussion plus complète). En bref, beaucoup d'experts proposent un modèle développemental et font l'hypothèse que des identités alternantes proviennent de l'incapacité de nombreux enfants traumatisés de développer un sens unifié de soi, maintenu à travers de nombreuses phases comportementales, particulièrement si l'exposition traumatique survient avant l'âge de 5 ans. Ces difficultés se produisent souvent dans le contexte de perturbations relationnelles (ou d'attachement), qui peuvent précéder et planter le décor pour un abus et le développement consécutif d'une adaptation sur le mode dissociatif (Barach, 1991 ; Liotti, 1992, 1999). La théorie de Freyd sur le traumatisme par trahison postule que l'attachement perturbé entre enfant et dispensateurs de soin (ou rôles parentaux) trouble la capacité d'intégration des expériences de l'enfant (Freyd, 1996 ; Freyd, DePrince, & Zurbriggen, 2001). La fragmentation et l'encapsulation d'expériences traumatiques peuvent servir à protéger des relations (quoiqu'inadéquates ou abusives) avec les dispensateurs de soin importants et à permettre une maturation plus normale dans d'autres domaines développementaux, comme les activités intellectuelles, interpersonnelles et artistiques. Ainsi, la dissociation dans l'enfance peut servir comme une modalité de résilience développementale en dépit de graves perturbations psychiatriques qui caractérisent les patients souffrant de TDI (Brand, Armstrong, Loewenstein & McNary, 2009).

Les expériences traumatiques sévères et répétitives peuvent mener au développement d'états comportementaux discrets, personnifiés (c'est-à-dire des identités alternantes) chez l'enfant qui ont pour effet d'encapsuler des souvenirs, des affects, sensations, croyances ou comportements traumatiques intolérables et d'atténuer leurs effets sur le développement global de l'enfant. Une structuration secondaire de ces états comportementaux discrets survient avec le temps à travers une variété de mécanismes symboliques et développementaux produisant les caractéristiques des identités alternantes spécifiques. Les identités peuvent se développer en nombre, en complexité et se séparer des autres au fur et à mesure que l'enfant traverse la période de latence, l'adolescence et l'âge adulte (Kluft, 1984 ; Putnam, 1997). Le TDI se développe au cours de l'enfance et les cliniciens ont rarement rencontré des cas de TDI qui proviennent de traumatismes à l'âge adulte (sauf s'il s'est superposé à un trauma infantile préexistant et donc à une fragmentation latente ou dormante préexistante).



Un autre modèle étiologique postule l'établissement de 4 facteurs pour que le TDI se développe : 1° la capacité à la dissociation, 2° les expériences qui submergent l'adaptation non-dissociative de l'enfant, 3° la structuration secondaire des identités alternantes avec des caractéristiques individuelles comme les noms, âges et sexe 4° le manque d'apaisement et d'expériences restauratrices qui laissent l'enfant découvrir des voies de consolation après des expériences qui le submergent (Kluft, 1984). En particulier, les phénomènes d'identités alternantes peuvent différer largement d'un patient à l'autre. Des facteurs qui peuvent favoriser le développement de systèmes très élaborés d'identités sont, entre autres : les traumatismes multiples, le nombre des agresseurs, un investissement narcissique important dans la nature et les propriétés des identités alternantes, de hauts niveaux de créativité et d'intelligence et un retrait extrême dans les expériences fantasmatiques. Dans la même idée, les thérapeutes expérimentés dans le traitement du TDI accordent typiquement relativement peu d'attention au style et à la personnalité manifestes des différentes identités alternantes. Ils se centrent plutôt sur les caractéristiques cognitives, affectives et psychodynamiques incarnées par chaque identité tout en faisant simultanément attention à l'ensemble des identités comme système de représentation, de symbolisation et de signification.

La théorie de « dissociation structurelle de la personnalité », un autre modèle étiologique, est basée sur les idées de Janet et les tentatives de créer une théorie unifiée de la dissociation qui inclut le TDI (Van der Hart et al., 2006). Cette théorie suggère que la dissociation est le résultat d'un échec fondamental d'intégration des systèmes d'idées et des fonctions de la personnalité. A la suite de l'exposition à des événements potentiellement traumatisants, la personnalité comme système global peut se diviser en une « partie apparemment normale de la personnalité » qui se consacre au fonctionnement quotidien et une « partie émotionnelle de la personnalité » comme système défensif. La défense dans ce contexte se rapporte aux fonctions psychobiologiques liées à la survie en réponse à une menace vitale comme la lutte/fuite, et non pas à la notion psychodynamique de défense. Il est supposé que la traumatisation chronique et /ou la négligence peuvent mener à une dissociation structurelle secondaire et à l'émergence de parties émotionnelles de la personnalité, additionnelles.

Bref, ces modèles développementaux postulent que le TDI ne survient pas chez quelqu'un, qui était auparavant mûr, unifié ou chez quelqu'un avec une « personnalité centrale » qui s'évanouirait ou se fracturerait.

Le TDI provient plutôt d'un échec de l'intégration développementale normale causée par des expériences qui submergent la personne ou par des interactions perturbées entre le dispensateur de soins et l'enfant (comprenant la négligence et l'absence de réaction) pendant les périodes critiques du développement précoce. Ceci, à son tour, mène certains enfants traumatisés à développer des états comportementaux relativement discontinus, personnifiés qui finalement évoluent vers les identités alternantes du TDI.

Certains auteurs affirment que le TDI est causé par les cliniciens qui « croient » fortement en l'existence du TDI et qui, implicitement et/ou explicitement, influencent les patients à adopter les symptômes de TDI. Selon ce modèle 'sociocognitif', le TDI serait une pathologie construite socialement qui proviendrait du repérage thérapeutique (p. ex. questionnaire suggestif concernant l'existence d'éventuelles personnalités alternantes), les influences des médias (p. ex. les portraits de films et de télévision du TDI) et des représentations socioculturelles plus vastes concernant les traits cliniques présumés des TDI. Par exemple, certains partisans du modèle sociocognitif croient que la sortie du livre et du film *Sybil*, dans les années 1970, a joué un rôle important dans l'élaboration des conceptions du TDI dans les esprits du public, en général, et des psychothérapeutes, en particulier (Lilienfeld & Lynn, 2003, p.117).

Malgré ces arguments, il n'y a pas de recherche actuelle qui montre que la phénoménologie complexe du TDI peut être créée, encore moins maintenue au cours du temps, par la

suggestion, la contagion ou l'hypnose (D.W.Brown, Frischholz & Schefflin, 1999 ; Gleaves, 1996 ; Loewenstein, 2007).

Une série de données soutiennent, au contraire, le modèle du trauma pour le TDI contre le modèle sociocognitif. Celles-ci comprennent des études qui démontrent le TDI chez les enfants, les adolescents et adultes avec maltraitance corroborée par des preuves montrant que les symptômes du TDI précédaient toute interaction avec les cliniciens (Hornstein & Putnam, 1992 ; Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997), des études de la psychophysiologie et la psychobiologie comme décrites ci-dessus et des études de la validité discriminante des troubles dissociatifs par l'utilisation de protocoles d'entretiens structurés, parmi beaucoup d'autres arguments. En plus, des études naturalistes ont montré que les patients souffrant de TDI rapportent de nombreux symptômes qui, en se basant sur des données de recherche caractérisant le TDI, étaient antérieurement inconnus des patients, de la culture générale et même de la plupart des cliniciens (Dell, 2006a).

### *E. Entretien diagnostique*

Un entretien clinique soigneux et un diagnostic différentiel réfléchi peuvent, d'habitude, conduire à un diagnostic correct chez des personnes qui présentent un TDI (Coons, 1984). L'évaluation de la dissociation devrait être réalisée comme une partie de n'importe quel entretien diagnostique, compte tenu du fait que les troubles dissociatifs sont au moins aussi communs, si pas plus communs que de nombreux autres troubles psychiatriques, qui sont couramment pris en considération dans les évaluations psychiatriques. On devrait, au minimum, interroger le patient sur des épisodes d'amnésie, de fugue, de dépersonnalisation, de déréalisation, de confusion d'identité ou de changement d'identité (Steinberg, 1995). Des domaines d'enquête additionnels, utiles, incluent des questions sur des régressions en âge spontanées, des expériences auto-hypnotiques, l'audition de voix (Putnam, 1991a), des symptômes d'influence passive comme des pensées, émotions ou comportements 'tout faits' (c'est-à-dire ceux qu'on ne sent pas attribuables à soi ; Dell, 2001 ; Kluft, 1987a) et des symptômes somatoformes comme les sensations corporelles en relation à de fortes émotions et avec un trauma du passé (Nijenhuis, 1999). Les cliniciens devraient aussi être alertés quant aux manifestations comportementales de dissociation, telles que la posture, la présentation de soi, la tenue, le regard fixe, les battements des yeux, les fluctuations dans le style du discours, les relations interpersonnelles, le niveau de compétence et la sophistication des cognitions (Armstrong, 1991,2002 ; Loewenstein, 1991a). Loewenstein (1991a) a décrit un examen d'état mental pour le cabinet en ville, qui se penche sur de nombreux symptômes du TDI, y compris des signes d'identités alternantes, d'amnésie, de phénomènes auto-hypnotiques, d'ESPT, de symptômes somatoformes et de symptômes affectifs.

Le processus diagnostique des troubles dissociatifs sévères est compliqué pour les traumas précoces et par les difficultés d'attachement dont résulte la méfiance vis-à-vis des autres, en particulier les figures d'autorité. Les patients traumatisés peuvent être très réticents de révéler leur monde, intérieur, dissimulé à un clinicien qui peut être vu comme une telle figure d'autorité (Brand, Armstrong & Loewenstein, 2006). De plus, le processus diagnostique exige que la personne rapporte et réfléchisse à propos de vécus qui ont été dissociés parce qu'ils éveillaient des sentiments si forts, si négatifs et tellement contradictoires. En résumé, de nombreux patients dissociatifs sont – et c'est compréhensible – réticents (et/ou incapables) de reconnaître et de révéler leurs expériences intérieures. Si le clinicien ne prend pas le temps de développer une relation de collaboration, basée sur une profonde confiance, les données d'entretiens diagnostiques et les mesures accumulées par des questionnaires remplis par le patient sont peu susceptibles de fournir une information valable et utile (Armstrong, 1991 ; Brand, Armstrong et al., 2006).

Les cliniciens devraient garder à l'esprit que certaines personnes avec un TDI ne réalisent pas (ou ne reconnaissent pas) que leur vécu est différent de celui des autres. En ne perdant pas de vue que la dissociation est une défense contre des réalités difficilement supportables, les identités alternantes et d'autres symptômes dissociatifs sont habituellement déniés et désavoués par les personnes souffrant de TDI. Ce type de déni est cohérent avec la fonction défensive du désaveu tant du trauma que des émotions qui lui sont liées ainsi que et en conséquence à un sentiment dissocié de soi. Il n'est pas étonnant que les personnes avec un TDI se présentent fréquemment avec un trouble de personnalité évitante dans un état d'épuisement et de dépression (voir Cardena & Spiegel, 1996).

Le TDI est presque universellement associé avec une histoire antérieure de traumatisation significative – le plus souvent survenant d'abord dans l'enfance (Putnam, 1997 ; Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986).

Par conséquent, le processus diagnostique devrait inclure un effort pour évaluer une histoire de trauma chez le patient. Les cliniciens devraient toutefois faire preuve d'un jugement clinique prudent dans leur façon de rechercher activement les détails d'expériences traumatiques durant les entretiens initiaux, en particulier lorsque ces vécus sont amenés de manière incomplète ou par bribes ou encore si le rappel ou le récit du trauma semble déborder les capacités émotionnelles de la personne. Réveiller prématurément des détails d'une histoire traumatique peut déclencher une décompensation floride (ici des symptômes posttraumatiques et dissociatifs sévères). A cause de leur amnésie dissociative, les patients souffrant de TDI ne font souvent état que d'une histoire fragmentée et incohérente au début du traitement; une histoire personnelle plus complète vient au jour généralement avec le temps.

### ***F. Les troubles dissociatifs non autrement spécifié (TDNAS) ou atypiques***

Une partie importante des cas dissociatifs rencontrés en clinique reçoit le diagnostic de TDNAS. Beaucoup de ces cas dits TDNAS ont été bien décrits par l'exemple 1 du TDNAS du *DSM-IV-TR* : « Présentations cliniques semblables au trouble dissociatif de l'identité qui ne respectent pas pleinement les critères de ce trouble » (Association Psychiatrique Américaine, 2000a, p.532). Il semble y avoir deux groupes principaux de tels cas, les TDNAS-1 : (a) des cas de TDI – déjà constitué -dont le diagnostic n'a pas encore été confirmé (via la manifestation non ambiguë des identités alternantes) et b) des cas dissociatifs complexes avec une certaine fragmentation interne et/ou des épisodes rares d'amnésie (Dell, 2009d). Les patients dans ce dernier groupe de TDNAS-1 sont 'proche du TDI'. Les patients TDNAS-1 sont généralement sujets à des discontinuités de fonctionnement (comme les TDI), provoquées par les changements des états du Soi et par les intrusions dans la conscience de sentiments, de souvenirs. Pour discerner la présence de ces derniers phénomènes, qui sont souvent plus subtils que dans les cas de TDI florides, cela peut exiger davantage de compétences et d'expertise de la part des cliniciens. En termes de traitement, toutefois, le consensus des experts est que les cas de TDNAS, qu'ils soient ou non déjà diagnostiqués TDI ou presque-TDI, doivent bénéficier des mêmes traitements que ceux conçus pour le TDI.

### ***G. Mesures de la dissociation***

Il y a trois classes d'instruments qui évaluent la dissociation : les entretiens structurés d'investigation réalisés par le clinicien et les documents que le patient lui-même complète - que ce soit à visée de compréhension du tableau clinique ou à visée discriminante.

### *Les entretiens structurés d'investigation réalisés par le clinicien*

L'entretien clinique structuré pour les troubles dissociatifs DSM-IV-version revue (SCID-D; Steinberg, 1994a, 1994b, 1995) est un entretien, avec 277 questions, qui évalue cinq symptômes de la dissociation : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion de l'identité et pluralité de l'identité. La plupart de ces questions ont un ajout qui concerne le suivi et requièrent une description de l'expérience, des exemples spécifiques, une estimation de la fréquence de l'expérience, l'impact sur le fonctionnement social et la performance au travail. Le SCID-D-R diagnostique les cinq troubles dissociatifs DSM-IV; cela donne un score pour chacun des cinq symptômes dissociatifs et un score total, basés sur la fréquence et l'intensité des symptômes. Le SCID-D-R prend 45 à 180 minutes ou même plus. Les symptômes dissociatifs doivent être très familiers à celui qui réalise l'entretien qu'il soit clinicien ou intervenant avec une formation.

L'entretien listé du trouble dissociatif (ELTD connu en anglais sous le nom de Dissociative Disorder Interview Schedule, DDIS) est un entretien de 132 propositions selon le mode « oui/non » qui évalue les symptômes des cinq troubles dissociatifs DSM-IV, le trouble de somatisation, la personnalité état-limite et le trouble dépressif majeur. Le DDIS évalue aussi l'abus de substance, les symptômes schneidériens de premier rang, la transe, l'abus infantile, les traits secondaires du trouble dissociatif de l'identité et les expériences supranaturelles/paranormales. L'instrument demande habituellement une passation de 30 à 60 minutes. Le DDIS donne des catégories diagnostiques et propose un index du nombre de phrases qui sont repris dans chaque section de l'interview mais n'évalue pas la fréquence ou l'intensité des symptômes.

### *Instrument avec lequel le patient détaille sa situation*

L'inventaire multidimensionnel de dissociation - IMD (Multidimensional Inventory of Dissociation, MID) est un instrument diagnostique construit pour évaluer de manière descriptive les phénomènes dissociatifs.

L'IMD est un instrument de 218 phrases avec 168 phrases sur la dissociation et 50 items de validité. L'IMD nécessite 30 à 90 minutes de temps de passation. L'IMD et son programme de score Excel<sup>®</sup> (disponible gratuitement pour les professionnels de la santé) génère aussi bien des résultats des échelles que le diagnostic (entre autres : TDI, TDNAS, ESPT et états-limites sévères). L'IMD mesure 23 symptômes dissociatifs et 6 ensembles de réponses qui servent d'échelles de validité. Les 168 items sur la dissociation du IMD ont 12 facteurs de premier ordre (autoconfusion, colère envahissante, désorientation dissociative, amnésie, la détresse devant les problèmes de mémoire, des expériences d'identités alternantes, la déréalisation/dépersonnalisation, les intrusions persécutrices, la transe, les flashbacks, les symptômes corporels, des trous dans la mémoire autobiographique) et un facteur de second ordre (la dissociation pathologique ; Dell & Lawson, 2009).

### *Instrument court d'autoévaluation*

Les échelles discriminantes brèves ont été élaborées seulement pour le dépistage et ne devraient pas être utilisées pour confirmer ou exclure un diagnostic de trouble dissociatif.

L'échelle d'expérience dissociative (EED; plus volontiers le DES, Dissociative Experience Scale, Bernstein & Putnam, 1986) est celle qui a été utilisée le plus largement à la fois en recherche et en pratique clinique, plus que toute autre mesure de la dissociation. Elle a été traduite en de nombreuses langues à partir de la version originale en anglais. L'EED est un instrument d'autoévaluation de 28 propositions qui concernent l'absorption, l'implication imaginaire, la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie. Une version plus courte de

l'EED, le taxon (noyau) de l'EED utilise 8 questions de l'EED qui sont plus strictement identifiées avec une classe d'individus qui présentent une « dissociation pathologique » (Waller, Putnam & Carlson, 1996).

Le questionnaire de dissociation (DIS-Q ; Vanderlinden, Van Dijck, Vandereycken, Vertommen & Verkes, 1993 ; Vanderlinden, 1993) est un questionnaire rempli par la personne avec 63 propositions. Le groupe initial de phrases au moyen desquelles le DIS-Q a été développé était tiré de phrases des patients eux-mêmes, et des échelles DES, Perceptual Alteration Scale (Sanders, 1986) et le QED (Riley, 1988). Le DIS-Q mesure la confusion et fragmentation d'identité, la perte de contrôle, l'amnésie et l'absorption. Développé en Belgique et aux Pays-Bas, le DIS-Q est plus communément utilisé par les chercheurs et cliniciens européens que les nord-américains.

Le questionnaire de Dissociation somatoforme (SDQ-20, Somatoform Dissociation Questionnaire-20) est un instrument de 20 propositions, rempli par le patient utilisant une échelle en 5 points de Likert (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1996). Basé sur le travail clinique/descriptif de Janet (1889), le SDQ-20 est explicitement conceptualisé comme une mesure de la dissociation somatoforme. Les phrases du SDQ-20 identifient la vision en tunnel, la mise à distance auditive, les contractions musculaires, l'amaurose psychogène, la difficulté mictionnelle, l'insensibilité à la douleur, la paralysie psychogène, les crises épileptiques psychogènes etc. Une version plus courte du SDQ-20, le SDQ-5, se compose de cinq phrases du SDQ-20 (Nijenhuis, 1999). Le SDQ-5 a été développé comme instrument de détection des troubles dissociatifs et se corrèle bien avec les résultats du questionnaire version longue.

## ***H. Les autres tests psychologiques***

Certaines mesures, qui sont habituellement utilisées dans le testing psychologique (par ex Rorschach, MMPI-2, XAIS-R, MCMI-III) peuvent renseigner sur la structure de personnalité du patient et peuvent procurer des informations pour faire le diagnostic différentiel parmi les troubles fréquemment confondus avec le TDI, à savoir le trouble de personnalité limite et les troubles psychotiques (Armstrong, 1991, 2002 ; Brand, Armstrong et al., 2009).

Au Rorschach, par exemple, on peut distinguer le patient souffrant de TDI de celui qui souffre de troubles psychotiques car les intrusions traumatiques significatives sont accompagnées d'une meilleure rationalité et d'une plus grande complexité cognitive (Brand, Armstrong et al., 2009). Au Rorschach toujours, les patients avec un TDI peuvent être distingués des patients souffrant de trouble de personnalité état-limite car les patients dissociés ont davantage de capacité pour des relations de collaboration, de prise de recul par rapport à eux-mêmes, de perceptions précises et davantage de pensée logique (Brand, Armstrong et al., 2009).

Cependant les tests psychologiques habituellement utilisés n'ont pas été construits pour la détection des troubles dissociatifs et peuvent mener l'évaluateur à un diagnostic erroné si ce dernier n'est pas (1) familier avec les réponses typiques de ces patients à ces tests, (2) s'il se réfère avant tout à des normes non adaptées à la population dissociative, (3) s'il n'effectue pas des tests supplémentaires spécifiques pour la dissociation (comme des entretiens cliniques structurés) et (4) s'il ne recherche pas spécifiquement les symptômes dissociatifs pendant l'entretien clinique et durant le test.

## ***I. Diagnostic différentiel et erreur de diagnostic du TDI***

Les cliniciens devraient être conscients des risques de faux positifs et faux négatifs du diagnostic de TDI. Il est capital que les cliniciens soient attentifs aux similitudes et aux différences entre les symptômes des troubles dissociatifs et d'autres troubles fréquents.

Les troubles bipolaires, les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, les épilepsies et le trouble de la personnalité limite sont parmi les diagnostics faux négatifs habituels pour les patients souffrant de TDI et TDNAS. Ces diagnostics faux négatifs surviennent surtout si l'entretien d'évaluation ne contient pas de questions sur la dissociation ou le trauma ou se centre sur des problèmes de comorbidité plus apparents et lorsque les évaluateurs ne réussissent pas à installer des paramètres capitaux comme une alliance de travail.

A l'inverse, les cliniciens qui se spécialisent dans les troubles dissociatifs doivent être capables de reconnaître et de diagnostiquer ce qui n'est pas dissociatif de telle façon qu'ils ne fassent de diagnostic erroné ou qu'ils passent à côté de la présence de problèmes vrais de comorbidité. Les symptômes dissociatifs sont au centre d'autres troubles dissociatifs et dans l'ESPT et peuvent être un aspect du tableau clinique des patients avec des troubles de somatisation, de trouble panique et même de psychose. On se gardera d'avancer que des symptômes comme l'amnésie ou même la « fragmentation de l'identité » font automatiquement évoquer un diagnostic de TDI. Les problèmes d'identité qui surviennent chez des patients avec des troubles de personnalité peuvent parfois donner lieu à des diagnostics erronés si ils sont pris pour des symptômes du TDI. Les changements d'humeur chez les patients bipolaires, en particulier les patients bipolaires avec une comorbidité d'ESPT, ont provoqué des confusions avec le TDI. Certains patients psychotiques avec des délires d'être possédés par d'autres personnes peuvent aussi être erronément diagnostiqués comme TDI. De plus, on notera que certains de ces patients peuvent avoir des symptômes dissociatifs mais un diagnostic primaire non-dissociatif : par exemple, un sous-groupe de patients avec un trouble schizophrénique et une histoire de trauma infantile a des symptômes dissociatifs concomitants (Ross & Keyes, 2004 ; Sar et al., 2010). Les patients qui ont des troubles de la personnalité qui ont des symptômes dissociatifs et des perturbations de l'identité peuvent être mal diagnostiqués comme TDI. Par exemple, « des symptômes dissociatifs sévères ... liés au stress transitoire » et la perturbation de l'identité sont des critères du DSM-IV pour le trouble de personnalité limite. Nombre de ces patients avec un trouble de personnalité limite, comme des patients avec d'autres troubles de la personnalité ont des antécédents de maltraitance infantile. Lorsque ces patients sont soumis à une exploration approfondie, prématurée des souvenirs infantiles, ils peuvent avoir un sentiment accru de fragmentation de l'identité qui les fait prendre à tort pour des TDI. Des études qui comparent les patients avec des troubles de la personnalité et des patients avec TDI ont montré qu'une évaluation clinique soigneuse et l'utilisation d'outils diagnostiques tels que l'EED (DES), le SCID-D (ECS-D), l'IMD (MID), et l'évaluation psychologique peuvent être utiles dans le diagnostic différentiel (Boon & Draijer, 1993 ; Brand, Armstrong et al., 2010 ; Draijer & Boon, 1999).

Des cliniciens naïfs peuvent aussi provoquer une confusion de l'investissement du patient dans le phénomène métaphorique de l'« enfant intérieur » ou des phénomènes similaires avec un TDI clinique. En plus, les cliniciens qui sont peu formés à l'hypnose peuvent confondre des phénomènes hypnotiques comme la production d'« états du moi » avec une clinique du TDI (Watkins & Watkins, 1997). Dans certains cas, ces problèmes peuvent être « composés » par le patient qui a le désir d'avoir un trouble compliqué ou plus « intéressant », ceci ayant pour résultat que le patient en arrive à croire qu'il ou elle souffre de TDI. Par exemple, Boon et Draijer décrivent une « imitation du TDI », particulièrement chez les patients avec des troubles de la personnalité. Dans cette éventualité, le patient, l'entourage, et même le thérapeute croient fermement dans une identité du patient comme présentant un TDI (Boon & Draijer, 1993 ; Boon & Draijer, 1999).

Comme dans n'importe quel problème psychiatrique, le tableau clinique du TDI peut faire l'objet d'une pathomimie ou d'une simulation. Les cliniciens devraient être attentifs aux présentations atypiques d'un TDI apparent, spécialement dans des situations où il y a une forte motivation à simuler une maladie p. ex en raison de charges judiciaires, différend civil et/ ou

déterminations d'un handicap ou d'une indemnisation. Les études de recherche ont montré que le SCID-D peut être utile dans la distinction entre TDI simulé et TDI réel (Brand, McNary, Loewenstein, Kolos & Barr, 2006). Spécialement dans le cadre de la médecine légale, l'évaluation approfondie d'un TDI possiblement factice et/ou simulé peut comprendre (1) un entretien clinique approfondi, (2) le recueil de tout document clinique disponible et de toute information collatérale, (3) des mesures de la dissociation et de l'ESPT, (4) des tests psychologiques standards (par ex. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II ; Millon, 1997) ou le Rorschach, (5) des mesures de la simulation (par ex. l'interview structurée des symptômes rapportés (SIRS; Rogers, Bagby & Dickens, 1992). Cependant, Brand, McNary et al. [2006] ont constaté que certaines personnes souffrant de TDI ont des scores élevés à certaines sous-échelles du SIRS car les propositions du test comprennent un certain nombre de symptômes dissociatifs habituels comme la dépersonnalisation.

### ***J. La comorbidité somatoforme dans le TDI***

Historiquement, les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs avaient un lien à travers le concept d'hystérie et jusqu'au DSM-III, ils étaient conceptualisés comme ayant les mêmes processus ou mécanismes sous-jacents. Le comité du DSM-III a placé les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs dans des catégories séparées, bien que cette décision ait été discutée (Brown, Cardena, Nijenhuis, Sar & Van der Hart, 2007). Cependant, l'ICD-9 [CIM-9] (OMS, 1977), a continué à conceptualiser ces troubles comme partageant une relation sous-jacente. La même chose est vraie pour l'ICD-10 [CIM-10] qui inclut les troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation plutôt que des troubles de conversion. Des taux élevés de somatisation et de troubles somatoformes ont été constatés chez des patients souffrant de TDI. Nijenhuis (1999) a caractérisé beaucoup de ces types de symptômes comme dissociation somatoforme. Les symptômes somatoformes habituels chez les patients souffrant de TDI sont assez divers et peuvent inclure entre autres la douleur abdominale, pelvienne, la douleur articulaire, les algies du visage et les maux de tête, la boule dans la gorge, des douleurs dans le dos, une comitialité non-épileptique, un pseudo-asthme. La dissociation somatoforme peut expliquer les taux élevés de maltraitance infantile, particulièrement l'abus sexuel, constaté chez les patients avec un trouble de somatisation (syndrome de Briquet), les algies somatoformes, l'hypocondrie et le trouble conversif, en particulier la comitialité non-épileptique (Barsky, Wool & Cleary, 1994 ; Bowman & Markand, 1996 ; Goodwin & Attias, 1999 ; Litwin & Cardena, 2000 ; Loewenstein, 1990, 2002 ; Loewenstein & Goodwin, 1999 ; Mc Cauley et al., 1997 ; Morrison, 1989 ; Sar et al., 2004 ; Saxe et al., 1994)

#### *Considérations Thérapeutiques*

Certains patients souffrant de TDI peuvent avoir une capacité étrange à produire une conversion réaliste, c'est-à-dire des symptômes dissociatifs somatoformes qui imitent des problèmes médicaux sérieux y compris des crises épileptiques, des maux de tête sévères, des problèmes neurologiques, des difficultés respiratoires, etc. En plus, l'élaboration somatoforme peut se surajouter à la maladie somatique.

En particulier dans des cultures extérieures à l'Amérique du Nord, il est habituel pour des patients souffrant de TDI de se présenter aux services d'urgence avec des symptômes dissociatifs somatoformes (conversion) comme la pseudo-épilepsie (Sar et al., 2007). Si les causes médicales peuvent être exclues, des interventions psychothérapeutiques utiles comprennent l'accès et le travail avec les identités alternantes qui ont donné lieu à ces symptômes. A l'occasion, l'hospitalisation brève peut être nécessaire pour exclure une maladie somatique sévère, pour stabiliser des symptômes physiques handicapant et pour mettre en route une psychothérapie. Certains symptômes somatoformes peuvent mieux être conceptualisés

comme des flashbacks somatoformes, composante somatique dissociée d'un souvenir traumatique (parfois appelée « mémoires du corps ») (voir Braun, 1988). Les efforts thérapeutiques pour mettre des mots sur le contenu de ces symptômes peuvent améliorer les symptômes de flashback somatoformes, à l'occasion de manière étonnamment rapide. La psychothérapie sensorimotrice, qui a été recensée comme un traitement adjuvant opportun pour le TDI, peut aussi être utile dans la résolution de symptômes somatoformes (Ogden, Minton & Pain, 2006). En général ces interventions peuvent diminuer les traitements pharmacologiques et médicaux inappropriés et peuvent contribuer au bien-être et au fonctionnement d'un patient remis, comme à réduire les coûts de soin pour un traitement médical inadéquat.

Certains patients TDI peuvent être préoccupés par des syndromes douloureux somatoformes et prennent des doses élevées d'analgésiques stupéfiants avec une réponse limitée. D'autres patients souffrant de TDI dissocient la douleur pour de longues périodes de temps, différent ainsi les soins médicaux jusqu'à ce que surviennent les complications sévères (par exemple un cancer métastatique). Les patients souffrant de TDI ont des schémas d'utilisation variée de soins médicaux, avec certains patients souffrant de TDI utilisant les dispositifs de soin à un niveau plus intense que la population générale et d'autres sont phobiques devant n'importe quelle recherche de soins médicaux. Cette dernière attitude peut être due à la réactivation de modalités de négligence médicale infantile et/ou à l'évitement par honte et ayant pour origine l'ESPT, de montrer son corps ou d'être touché. Il y a des aspects complexes qui doivent être pris en compte dans l'évaluation et le traitement des problèmes somatiques du patient souffrant de TDI (voir Goodwin & Attias, 1999). En bref, le clinicien traitant doit éduquer le patient en ce qui concerne des soins de santé raisonnables et peut être engagé à aider le patient à rechercher les soins médicaux adéquats.

Dans certaines situations, il peut être utile aux professionnels de la santé mentale de s'occuper de la consultation chez des praticiens de l'art de guérir pour aider le patient souffrant de TDI dans sa réactivité post-traumatique aux procédures médicales ou aux praticiens de la médecine. Ainsi, la consultation peut apporter de l'aide lorsque le patient présente une somatisation étendue qui peut se compliquer et interférer avec un diagnostic médical pointu et des soins conséquents. De plus, le psychiatre traitant joue fréquemment le rôle d'interface avec le milieu médical pour aider le patient à bénéficier de soins nécessaires, comme pour l'aider à résister à la pression pour toujours plus d'interventions ou de tests alors qu'il n'y a pas de nouveau problème majeur clairement identifiable.

Beaucoup de patients souffrant de TDI peuvent avoir des difficultés particulières avec des procédures médicales ou des traitements. Il se peut que le personnel médical ait besoin d'être informé par le thérapeute sur la dissociation et sur les difficultés qui en résultent. Une préparation soigneuse est spécialement importante pour n'importe quelle intervention qui est intrusive comme les examens gynécologiques, l'anesthésie et/ou la chirurgie. Pour que le patient accepte les soins médicaux adéquats, le thérapeute peut avoir besoin de travailler avec les identités alternantes qui dénie la propriété de « ce corps », assurent qu'elles vivent dans un autre corps ou affirment que leur corps a un âge chronologique différent, etc....

## **II Buts du traitement et devenir**

### ***A. Fonctionnement intégré comme but du traitement***

Bien que le patient souffrant de TDI ait un vécu de lui-même comme possédant des identités séparées, il est important pour les cliniciens de garder à l'esprit que malgré l'expérience subjective du patient, le patient n'est pas une collection de personnes séparées partageant le même corps. Le patient souffrant de TDI devrait être vu comme une personne adulte entière avec des identités partageant la responsabilité de la vie quotidienne. Les cliniciens travaillant



avec des patients souffrant de TDI généralement sont supposés tenir l'ensemble - c'est-à-dire le système des identités alternantes - de la personne responsable du comportement d'une ou de toutes les identités alternantes constitutives, même en présence d'amnésie pour le comportement ou manque du sentiment de contrôle ou de gestion du comportement.

Quand c'est possible, le traitement devrait amener le patient à un meilleur fonctionnement intégré. Au service de cette intégration graduelle, le thérapeute peut, à l'occasion, s'adresser aux identités alternantes comme si elles étaient séparées. Néanmoins, un chaînon important du travail thérapeutique avec les patients souffrant de TDI est d'amener à un degré accru de communication et de coordination entre elles.

Chez la plupart des patients souffrant de TDI, chaque identité semble avoir sa propre perspective à la première personne et le sens de son propre Soi, aussi bien qu'une perspective que les autres parties ne sont pas le Soi. L'identité qui prend le contrôle parle habituellement à la première personne et peut désavouer les autres parties ou être complètement non conscients de leur existence. Les passages entre identités surviennent en réaction à un état émotionnel ou aux demandes de l'environnement, avec pour résultat de demander à une autre identité qui émerge d'assurer le contrôle. Parce que les différentes identités ont différents rôles, expériences, émotions, souvenirs et croyances, le thérapeute doit constamment prendre en considération leurs points de vue réciproques.

Aider les identités à être conscientes les unes des autres comme parties légitimes du Soi et les amener à négocier et à résoudre leurs conflits est le cœur du processus thérapeutique.

C'est contre-thérapeutique pour le thérapeute de traiter une identité alternante comme étant plus « réelle » ou plus importante que les autres.

Le thérapeute ne devrait pas avoir des favoris parmi les identités alternantes ou exclure de la thérapie des identités apparemment non-désirables ou celles qui sont en rupture (bien que de telles étapes puissent être nécessaires pour une période limitée de temps à certains moments du traitement de certains patients pour procurer de la sécurité et de la stabilité au patient ou à la sécurité des autres). Le thérapeute devrait aider à ancrer l'idée que toutes les identités alternantes représentent des tentatives conatives de s'adapter ou de maîtriser les problèmes auxquels le patient doit faire face. Il est donc contre-thérapeutique de dire au patient d' « ignorer » ou de »se débarrasser » d'identités (bien qu'il soit acceptable pour le patient de s'enquérir de stratégies pour résister à l'influence des identités destructrices ou pour aider au contrôle de l'émergence de certaines identités à des moments ou dans des circonstances inopportuns).

Il est contre-thérapeutique de suggérer au patient de créer des identités alternantes supplémentaires, de donner des noms aux identités alors qu'elles n'en ont pas (bien que le patient puisse choisir des noms si elle/il le souhaite) ou de suggérer que des identités fonctionnent selon un mode plus élaboré ou autonome qu'elles ne fonctionnent déjà. Le devenir souhaitable du traitement est une forme d'intégration ou d'harmonie entre les identités alternantes, qui permette un travail thérapeutique. Les termes comme « intégration » et « fusion » sont parfois utilisés dans des sens confus. L' « intégration » se réfère au travail, longitudinal, sous toutes ses formes, sur des processus mentaux dissociés tout au long du traitement. Kluft (1993a, p.109) définit l'intégration comme « [un] processus courant qui défait tous les aspects de la division dissociative qui commence longtemps avant qu'il y ait n'importe quelle réduction dans le nombre ou la distinction des identités, persiste pendant leur fusion et continue à un niveau plus profond même après que les identités se soient mélangées en une seule. Cela caractérise un processus courant dans la tradition des perspectives psychanalytiques sur le changement structural ». La « fusion » se réfère à un point dans le temps lorsque deux ou plus d'identités alternantes s'expérimentent elles-mêmes comme se rejoignant ensemble avec une perte complète du sentiment de séparation subjective. La « fusion finale » se réfère au point dans le temps qui survient lorsque le sentiment de soi du

patient passe de celui d'avoir plusieurs identités à celui d'un soi subjectif unifié. Plusieurs membres du Groupe de Travail ont plaidé pour l'usage du terme d' « unification » pour éviter la confusion des fusions précoces et de la fusion finale.

Kluft (R.P. Kluft, 1993a) a affirmé que le devenir du traitement le plus stable est la fusion finale – intégration complète, fusion et perte de la séparation – de tous les états d'identités. Cependant, même après s'être soumis à un traitement considérable, un nombre conséquent de patients souffrant de TDI ne seront pas capables d'atteindre la fusion finale et/ou de voir la fusion comme souhaitable. Beaucoup de facteurs peuvent contribuer à l'impossibilité d'atteindre la fusion finale, à savoir entre autres : le stress d'une situation chronique et sérieuse; l'évitement de certains aspects de la vie non résolus et extrêmement douloureux, y compris des souvenirs traumatiques ; le manque de ressources financières pour le traitement ; des troubles médicaux concomitants ; un âge avancé ; des comorbidités significatives non rétablies sur les axes I et II du DSM ; et/ou un investissement narcissique significatif des identités alternantes et/ou du TDI lui-même. Selon ce point de vue, un devenir à long-terme plus réaliste pour certains patients peut être parfois un arrangement de coopération appelé « résolution », ce qui veut dire que le fonctionnement est suffisamment intégré et coordonné entre les identités alternantes pour permettre de fonctionner de manière optimale. Cependant, les patients qui atteignent ce degré d'arrangement coopératif plutôt que celui de la fusion finale peuvent être plus vulnérable à une décompensation ultérieure (vers un TDI floride et/ou un ESPT) lorsqu'ils subissent un stress suffisant.

Même après la fusion finale, un travail additionnel sur « l'intégration » des manières de penser et de vivre du patient dissocié peut se poursuivre. Par exemple, le thérapeute et le patient pourraient trouver nécessaire de travailler sur l'intégration d'une capacité préalablement détenue par une des identités alternantes, ou le patient pourrait avoir besoin de savoir quel est son nouveau seuil à la douleur ou comment intégrer tous les âges dissociés dans l'âge chronologique actuel et atteindre les niveaux d'exercice physique (et le niveau d'épuisement), appropriés et sains, en rapport avec l'âge du patient. Le matériel traumatique et stressant peut être aussi retravaillé dans la perspective de cette nouvelle unité.

### ***B. Le devenir du traitement. Les trajectoires de traitement et coût réel pour le TDI.***

Bien que les études sur le traitement du TDI date de plus d'un siècle (Janet, 1919 ; Prince, 1906), la recherche rigoureuse sur le traitement du TDI en est encore à ses balbutiements. Dans une revue des études de traitement sur une variété de troubles dissociatifs, Brand, Classen, Zaveri & McNary (2009) ont identifié plusieurs facteurs qui compliquent la recherche dans ce domaine, y compris la durée du traitement habituellement requis et le besoin pragmatique pour une approche thérapeutique souple afin de gérer les situations cliniques complexes des patients TDI. Malgré ces défis, le traitement TDI a été investigué à travers des études de cas, des séries de cas, des études coût-efficacité et des études de devenir naturaliste d'efficacité thérapeutique. Pris comme un tout, cet ensemble de travaux fournit une base pour les traitements efficaces du TDI et un large éventail de symptômes associés.

Aux Pays-Bas, une étude de suivi séquentiel de 101 patients ambulatoires souffrant de TDI suivis pendant une moyenne de six ans a démontré que l'amélioration clinique est lié à l'intensité du traitement ; les thérapies plus dynamiques ont des devenirs meilleurs (Groenendijk & Van der Hart, 1995). Les données de suivi collectées de manière systématique à partir de séries de cas et des études de traitement indiquent que 16,7 à 33 % de ces patients TDI arrivent à l'intégration complète, c'est-à-dire de fusion finale (Coons & Bowman, 2001 ; Coons & Sterne, 1986 ; Ellason & Ross, 1997).

Deux études de suivi et de coût/efficacité du traitement du TDI ont fait des découvertes concordantes suggérant que le devenir dépend des caractéristiques cliniques du patient (Loewenstein, 1994 ; Putnam & Loewenstein, 2004). Les patients souffrant de TDI avec un fonctionnement relativement élevé répondent plus rapidement au traitement. Néanmoins, les avancées thérapeutiques – bien que plus limitées dans leur portée – sont inévitablement évidentes chez les patients avec une large palette de problèmes de comorbidité sur les Axes I et II et chez les patients avec des histoires psychiatriques longues.

Dans la revue sur les traitements des troubles dissociatifs (TD) de Brand, Classen, Zaveri et al. (2009), huit études rassemblaient suffisamment de données de devenir pour être incluses dans une petite méta-analyse. Ces études fournissent une base préliminaire, à savoir que le traitement est efficace pour diminuer une gamme de symptômes associés avec des troubles dissociatifs, y compris la dépression, l'anxiété, les diagnostics sur l'axe I et II et les symptômes dissociatifs.

Une grande étude internationale naturaliste soutient les bénéfices de la thérapie psychologique du TDI (Brand, Classen, Lanius et al., 2009) Cette étude longitudinale avec une participation de 292 thérapeutes de par le monde et leur patients souffrant de TDI ou de TDNAS (n=280). Les résultats croisés à partir du point de départ suggèrent que ceux qui sont bien engagés dans le traitement pour leur TDI/TDNAS ont moins de symptômes psychiatriques généraux, de symptômes de stress post-traumatique et de symptômes dissociatifs comparés avec des patients qui sont au début de leur traitement (Brand, Classen, Lanius & al., 2009). Ceux qui sont plus avancés dans leur thérapie montrent une meilleure adaptation (de manière significative) et un meilleur score à l'évaluation globale de fonctionnement (EGF, en anglais GAF) lorsqu'ils sont évalués par leur thérapeute. Les rapports de patient indiquent que ceux qui sont dans la dernière phase du traitement sont davantage impliqués dans un volontariat ou du travail et sont moins fréquemment hospitalisés.

### **III. L'approche du traitement orienté par phase**

Au cours des deux dernières décades, le consensus des experts est que les troubles complexes liés au trauma – y compris le TDI - sont plus adéquatement traités avec une approche orientée selon le stade. Dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle, Pierre Janet plaida pour un traitement des troubles dissociatifs en fonction du stade (voir Brown, Schefflin & Hammond, 1998 ; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989). La structure la plus habituelle pour ce traitement est composée de 3 phases ou étapes :

- a. sécurité, stabilisation et réduction du symptôme,
- b. travail direct et en profondeur sur les souvenirs traumatiques, et
- c. intégration de l'identité et réhabilitation.

(cf Brown et al., 1998 ; Chu, 1998 ; Courtois, 1999 ; Courtois, Ford & Cloître, 2009; Herman, 1992a ; Kluft, 1993a ; Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001, 2005 ; Van der Hart, 2006; Van der Hart, Van der Kolk, & Boon, 1998). Les écrits de Kluft (1993a) et Steele et al. (2005), parmi d'autres, concernent plusieurs particularités spécifiques du traitement par phase du TDI et d'autres troubles dissociatifs.

L'ESPT complexe (Ford & Courtois, 2009 ; Herman, 1992b, 1993 ; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, & Mandel, 1993) est un concept qui répond à beaucoup de patients TDI (Courtois, 2004). Ces patients habituellement ont eu des traumas répétés, typiquement commençant au cours de l'enfance et survenant au cours de nombreuses périodes du développement. En plus de ces symptômes ESPT, ils ont des difficultés majeures avec la régulation des affects, la dissociation, des troubles de l'image du corps, des automutilations, une suicidalité chronique et des somatisations. Ils peuvent avoir des pathologies relationnelles substantielles incluant des problèmes majeurs de confiance et de revictimisation dans des relations violentes ou abusives.

Ils voient souvent le monde comme dangereux et se voient remplis de honte, ravagés et responsables de leur propre abus. Le traitement de l'ESPT complexe ressemble à celui du TDI dans le sens qu'il est à long-terme, multimodal et relativement éclectique, conçu pour faire face à la multitude de difficultés cliniques avec lesquelles ces patients se débattent (Chu, 1998 ; Courtois et al., 2009).

Un modèle de traitement du TDI déterminé selon les stades est brièvement discuté ci-dessous. Les phases décrivent le point central, dominant, du travail thérapeutique durant chaque étape particulière pour aider le patient souffrant de TDI à surtout une plus grande adaptation à la vie, à la sécurité et à la stabilité. Travailler avec le vécu traumatique se fait de manière dosée et mesurée. Par exemple, dans la phase de stabilisation, le traitement peut se centrer à certains moments sur les expériences traumatiques, mais dans une perspective distanciée et cognitive. Au milieu du traitement, la stabilisation et la gestion du symptôme sont souvent nécessaires pour empêcher les patients d'être débordés par la nature du travail sur les souvenirs traumatiques. Une attention sur la réhabilitation et sur une adaptation globale à la vie est essentielle à travers n'importe quel processus de traitement et devrait avoir lieu au cours de chaque phase du traitement.

### ***I. La phase d'établissement de la sécurité, stabilisation et réduction du symptôme***

Dans les étapes initiales du traitement, on mettra de l'insistance sur la création d'une alliance thérapeutique, sur l'information du patient, sur le diagnostic et les symptômes et sur le processus de traitement. Les buts de la phase I du traitement incluent de maintenir la sécurité personnelle, le contrôle du symptôme, la modulation de l'affect, la mise en place d'une tolérance au stress, l'augmentation du fonctionnement vital de base, la mise en place ou l'amélioration des capacités relationnelles. Maintenir un cadre de traitement clair dans le contexte d'un environnement thérapeutique soutenant est absolument un point critique pour établir une thérapie stable qui peut potentiellement être couronnée de succès.

#### *Les aspects de sécurité et la gestion du symptôme*

Les aspects de sécurité et la gestion du symptôme doivent être traités de manière directe et compréhensible. D'autres aspects du traitement peuvent être mis en place seulement si la sécurité est installée. Les interventions devraient comprendre : 1) informations de la nécessité de la sécurité pour que le traitement marche ; 2) une évaluation des fonctions des comportements, qui ne sont pas sûrs et/ou à risque et des urgences ; 3) développement des répertoires de comportements positifs et constructifs pour être hors de danger ; 4) identifier les identités alternantes qui agissent de manière peu sûre et/ou contrôle des comportements dangereux ; 5) développement d'accords avec ces dernières et avec toutes les identités pour aider le patient à maintenir sa sécurité ; 6) utilisation de stratégies de gestion comme les mécanismes d'ancrage, planification de crise, auto-hypnose et/ou médicaments pour offrir des alternatives aux comportements à risque ; 7) gérer les troubles alimentaires et l'usage de drogues qui peuvent inclure un recours à des programmes de traitement spécialisé ; 8) prise de mesures appropriées si il est question que le patient soit abuseur ou violent à l'égard d'enfants ou d'adultes vulnérables ou à l'égard d'une autre personne (selon les lois en vigueur là où le clinicien pratique) ; 9) aider le patient avec des ressources adéquates à se protéger de la violence domestique ; et 10) insister pour que le patient recherche les soins les mieux adaptés à sa situation, y compris l'hospitalisation, pour qu'il y ait prévention de la violence du patient contre lui-même ou les autres.

Les comportements suicidaires et/ou autodestructeurs sont extraordinairement habituels chez les patients souffrant de TDI ; des études ont montré que 67 % des patients souffrant de troubles dissociatifs faisaient état d'un historique fait de tentatives de suicide répétées et 42 % faisait état d'une histoire d'automutilation (Foote, Smolin, Neft & Lipschitz, 2008 ; Putnam et al., 1986 ; Ross & Norton, 1989a). De plus, le trouble de personnalité limite est diagnostiqué dans 30 à 70 % de la population des TDI (Boon & Draijer, 1993 ; Dell, 1998 ; Ellason, Ross & Fuchs, 1996 ; Horevitz & Braun, 1984 ; Korzewa et al., 2009 ; Ross, Anderson, Fleisher & Norton, 1991 ; Sar et al., 2003) et 60-70 % des patients état-limite font des tentatives de suicide (Gunderson, 2001). Cependant, beaucoup d'experts du TDI pensent que ce sont les symptômes dissociatifs et les ESPT profondément dysrégulés qui sont responsables de l'instabilité globale qui mène à un taux élevé de trouble de personnalité limite avec seulement une minorité de patients souffrant de TDI qui conservent tous les critères pour ce trouble de personnalité après la stabilisation définitive (Brand, Armstrong et al., 2010 ; Loewenstein, 2007 ; Ross, 1997). Les études récentes ont aussi montré que la maltraitance infantile en général (Arnou, 2004) et l'abus sexuel infantile, en particulier (Van der Kolk, Perry & Herman, 1991) sont associés avec un risque accru de comportement suicidaire et parasuicidaire.

Les patients souffrant de TDI racontent des histoires d'abus ou d'atteinte sévère de leur sécurité très tôt dans l'existence. Ils ont tendance à re-jouer ces comportements, déchargeant sur eux-mêmes leur agression, la honte, la peur, l'horreur et d'autres affects qui les submergent par des comportements automutilatoires et destructeurs, souvent dans une identification à l'agresseur. Il en résulte qu'une pierre de touche du traitement est d'aider le patient à diminuer au maximum ces comportements qui sont dangereux pour lui-même et les autres (et spécialement les enfants mineurs) ou qui les rendent vulnérables à la revictimisation par d'autres. Cela inclut les comportements suicidaires et parasuicidaires, l'alcool, l'abus de substance, l'implication dans des relations où il y a de la violence et de l'exploitation, des symptômes des troubles alimentaires, de la violence, de l'agression et des comportements à risque. Sans une attention à la myriade de problèmes de sécurité des patients souffrant de TDI, on ne peut faire que peu de choses. Les problèmes de sécurité se manifestent souvent comme des comportements au grand jour ou secrets qui peuvent être compris comme autorégulateurs ou même comme des stratégies d'autoconsolation et qui sont logiquement liées à l'histoire du patient faite de négligence et de trauma ainsi que des tentatives de s'adapter à ces circonstances. Ainsi, ils sont habituellement mieux recadrés comme des modes – acquis - d'adaptation à une immense douleur et considérés comme des adaptations à orienter dans une direction différente plutôt que des « mauvais » comportements qu'il faut éliminer. Il n'en faut pas moins pour que le thérapeute ne doive qualifier ces comportements d'effectivement dysfonctionnels et n'insiste pour que le patient ne soit son allié dans une position de « valeurs non-abusives » vis-à-vis des autres et de soi-même.

Habituellement, comme partie de l'insistance sur la sécurité et l'autogestion, le clinicien développera « des contrats de sécurité » ou des « accords de sécurité » avec le système d'identités alternantes du patient pour fournir au patient une structure qui réduise les comportements dangereux. Dans une perspective à la fois clinique et médico-légale, ces accords ne sont pas un substitut au jugement du clinicien en ce qui concerne la sécurité du patient. Ils doivent être interprétés dans le contexte global de la situation clinique et devraient être revus de manière régulière avec le patient. Les cliniciens devraient reconnaître que le langage n'est pas exempt d'échappatoire et ils devraient insister pour que le patient s'entende avec l'esprit de l'accord et doive aller jusqu'aux dates d' « expiration » inclus dans certains contrats de sécurité. De plus, les cliniciens ne devraient pas craindre de faire un contrat avec chaque identité alternante. Dans cette éventualité, des stratégies devraient être développées (par exemple en s'adressant à elles) pour être certain que toutes les identités alternantes

acceptent d'être liées à cet accord. Le clinicien devrait toujours insister sur des alternatives de traitement plus strict, si, selon le jugement clinique du clinicien, le patient est en danger. Fréquemment, une discussion sur le contrôle des comportements dangereux amène en thérapie un matériel crucial et riche concernant le système des identités alternantes, l'histoire du patient, les aspects transférentiels (spécialement les thèmes transférentiels traumatiques) et les idées dominantes et les croyances qui sont la mesure du comportement du patient.

La gestion et le contrôle des symptômes post-traumatiques sont aussi une priorité de la phase 1 du traitement. Par exemple, si le patient a un flashback spontané ou un épisode de mémoire intrusive du trauma pendant le traitement, le thérapeute aide à apprendre des attitudes pour moduler l'intensité de l'expérience. Dans cette phase du traitement, le clinicien devrait assister le patient à développer du contrôle face à la symptomatologie post-traumatique et dissociative et à moduler les niveaux de vigilance psychophysiologique plutôt que d'encourager une exploration plus avant du matériel traumatique intrusif.

L'entraînement à ces attitudes est souvent une composante essentielle de la sécurité et de la phase de stabilisation du traitement du TDI. Ces interventions concernent les processus psychiques et les failles qui sous-tendent la sécurité ; elles comprennent l'augmentation de la conscience émotionnelle et la régulation émotionnelle, la diminution de la phobie de l'affect, la construction d'une tolérance au stress négatif et l'apprentissage de relations optimales effectives. Beaucoup de programmes d'entraînement aux attitudes pertinentes ont été décrits dans la littérature, parmi eux, citons : Systèmes d'entraînement pour la prédictibilité émotionnelle et la résolution de problème (Blum, Pfohl, St. John & Black, 2002) Groupe d'information et Thérapie de rémission adaptative au trauma (Ford & Russo, 2006), Thérapie d'acceptation et d'engagement (Follette & Pistorello, 2007) et Recherche de sécurité (Najavits, 2001). La thérapie comportementale dialectique (TCD en anglais DBT ; Linehan, 1993a, 1993b) a une solide assise empirique pour le traitement du trouble de personnalité limite (Salsman & Linehan, 2006) et du trauma complexe (Wagner, Shireen, Rizvi & Harned, 2007). Les adaptations de la TCD à la phase 1 du traitement du TDI a été fortement développé dans plusieurs pays (par exemple, Van Orden, Schultze & Foote, 2009 ; Somer, Rivera & Berger, 2010). Les éléments TCD, parmi d'autres, ont été incorporés dans le premier manuel d'entraînement spécifiquement développés pour les troubles dissociatifs (Boon, Steele & Van der Hart, 2010).

### *Travailler avec les identités alternantes*

En général, les cliniciens qui soignent les TDI trouvent que cela aide d'avoir une attention thérapeutique au système des identités alternantes comme un ensemble d'états en conflit ou en interaction - organisé, subjectivement logique, fait de règles – plutôt que donner de l'attention seulement au système discontinu des identités alternantes. En prenant connaissance de la nature du trouble et de leur système interne, les patients TDI doivent commencer à comprendre, accepter et avoir accès aux identités alternantes qui jouent un rôle actif dans leur vie de tous les jours. La prise en compte par le patient de la conduite de toutes les identités alternantes – dans la réalité extérieure, intérieure et en thérapie – est habituellement discutée tôt dans le traitement. Des stratégies faites pour améliorer la communication interne peuvent inclure des techniques pour encourager la négociation entre les identités alternantes, la reconnaissance de l'importance de toutes les identités alternantes et l'établissement des engagements de toutes les identités pour la sécurité vis-à-vis des automutilations et/ou des comportements suicidaires. Le développement de la coopération interne et de la co-conscience entre les identités est une partie essentielle de la phase 1 qui se prolonge dans la phase 2. Ce but est facilité par une approche cohérente de l'aide aux patients souffrant de TDI pour respecter le rôle adaptatif et la validité de toutes les identités, pour trouver des voies qui prennent en compte les désirs et besoins de toutes les identités dans la prise de décision et la poursuite des activités ainsi que

l'augmentation du soutien interne entre les identités. Dans une phase précoce du processus de traitement, certaines identités alternantes dénie ou désavouent les vécus traumatiques du passé et/ou les affects qui leur sont associés. Une part importante de la thérapie pour ces identités est l'acceptation progressive de leurs souvenirs et sentiments désavoués, et donc d'accepter le rôle et l'importance des autres identités constituantes. Le thérapeute peut faciliter le processus d'acceptation en aidant les identités alternantes à faire des accords internes, par exemple, « si vous êtes capables de reconnaître et d'accepter certains sentiments que votre « partie en colère » vit, peut-être cette partie peut être d'accord d'arrêter certains comportements destructeurs qui menacent votre sécurité ».

Les cliniciens doivent accepter qu'un traitement couronné de succès du TDI nécessite presque toujours d'entrer d'une certaine manière en interaction et communication avec les identités alternantes. Ignorer les identités alternantes ou des identités en leur disant réflexivement de « rentrer à l'intérieur » est franchement contre-thérapeutique. Au début du traitement, les thérapeutes et les patients doivent installer la sécurité et des voies contrôlées de travail avec les identités alternantes qui mènent éventuellement à la co-conscience, la coacceptation. Dans le but de travailler avec les identités alternantes, on peut y avoir accès de manière directe ou indirecte. On peut y avoir accès de manière directe, par exemple, « je voudrais parler aux parties de vous qui ont été à Atlantic City hier soir et qui se sont mises en danger sexuellement ». Les cliniciens expérimentés développent habituellement un répertoire de stratégies pour avoir accès aux alters plus indirectement. Par exemple, le thérapeute peut suggérer qu'une des identités alternantes écoute ce que les autres identité alternantes ont à dire ou qu'une s'engage dans des conversations intérieures avec une autre pour communiquer de l'information ou pour négocier des aspects importants. Le thérapeute peut insister pour que « toutes les parties qui voudraient savoir écoutaient... » lorsque des affaires cruciales sont discutées ou peut « parler à travers » ou « parler au-delà » pour communiquer avec les identités alternantes pertinentes pour les aspects cliniques en cours. Les références chez Putnam, 1989, Ross, 1997, Kluft 2001, 2006 ; Kluft et Fine, 1993 et Van der Hart et al., 2006 contiennent des discussions plus approfondies du traitement avec des stratégies d'accès et de travail avec les identités alternantes.

La logique de la transe marque de son empreinte la pensée des patients souffrant de TDI. Par exemple, certaines identités alternantes peuvent insister qu'elles n'habitent pas le même corps que les autres et que le suicide ou l'automutilation n'aurait pas d'effet sur elle et peuvent même tenté d'exterminer les « autres ». Des problèmes sérieux de sécurité peuvent en résulter et il est important de mettre à l'épreuve directement cette forme extrême de déni dissociatif, parfois appelé « sécabilité (séparativité) délirante ». Dans certains cas, cependant, cela peut prendre plusieurs séances pour éroder ce délire de sécabilité, alors que cette croyance peut garder des cognitions douloureuses, puissantes, des affects, des conflits et des souvenirs. Certains auteurs ont suggéré de produire une « carte » actualisée ou une « liste » du système d'identité alternante selon le point de vue habituel du patient. En faisant cela, les cliniciens ne devraient pas essayer d'identifier ou d'évoquer des identités par amour de la cartographie.

Il peut être contre-thérapeutique et déstabilisant potentiellement de demander aux patients de révéler des parties d'eux-mêmes avant d'y être préparé psychologiquement. En général, les identités alternantes devraient être explorées à mesure qu'elles apparaissent naturellement ou si elles sont pertinentes pour une question clinique en cours. D'un autre côté, dans les situations impliquant les problèmes significatifs de sécurité, les acting-out répétés par le patient, et/ou au moment d'impasse thérapeutique, si il peut être important d'évoquer directement les identités alternantes, préalablement connues ou non, qui sont en rapport avec ces difficultés.

### *Confiance et alliance thérapeutique*

Les cliniciens ne devraient jamais sous-estimer les difficultés que rencontrent les patients souffrant de TDI pour établir et maintenir une alliance thérapeutique. Les patients avec des histoires infantiles étendues de vécu traumatique ont souvent des difficultés majeures avec la confiance en rapport avec la maltraitance et/ou la négligence de la part des membres de la famille, des gens qui les soignent et d'autres en position d'autorité. Cette méfiance se manifeste fréquemment elle-même dans la relation thérapeutique et peut se rejouer dans des manifestations transférentielles complexes et changeantes (Brown et al. , 1998 ; Davies & Frawley, 1994; Kluft, 1994 ; Loewenstein, 1993 ; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Une telle réactivité « traumatique transférentielle » peut être mise en acte soit ouvertement ou de manière cachée (par exemple une identité semble faire confiance au thérapeute alors que les autres identités sont vulnérables, méfiantes et s'emploient à saboter la thérapie). Finalement, les patients avec une histoire d'abus infantile – spécialement l'inceste peuvent être particulièrement à risque d'exploitation sexuelle par des figures d'autorité, y compris des professionnels de la santé mentale (Kluft, 1990). Les patients souffrant de TDI avec une histoire d'abus par le thérapeute requièrent habituellement un temps plus long pour développer un sentiment de sécurité dans le traitement, et une fois seuls, s'aventurer dans la confiance. Un traitement efficace pour le TDI exige du thérapeute un engagement actif à la fois dans le processus thérapeutique et aussi dans les interactions au cours du traitement.

Il est utile pour le clinicien de structurer les séances en y incluant une information sur la nature du TDI et le traitement du trauma, sur le malaise intense qui peut être provoqué pendant le traitement de même qu'anticiper et rendre explicite les aspects transférentiels traumatiques, en particulier les transferts négatifs. Le clinicien peut favoriser une alliance thérapeutique réelle avec le patient souffrant de TDI à rythmer le travail thérapeutique, à apprendre une attitude qui maîtrise symptômes et crises et qui sépare le passé traumatique du présent et modifie les distorsions cognitives induites par le TDI et l'ESPT.

Les patients souffrant de TDI ont de grandes différences du point de vue de leur force du moi, leur engagement dans le traitement, les soutiens sociaux, les stress de la vie, les ressources économiques et d'autres facteurs qui les rendent plus ou moins capables d'entreprendre un traitement exigeant, orienté vers le changement. Ainsi, certains patients vont rester dans la phase 1 du traitement pour de longues durées – parfois même pendant l'entièreté du traitement. Ces patients peuvent s'améliorer considérablement du point de vue de leur sécurité et de leur fonctionnement global mais peuvent ne pas être capables de participer à une exploration approfondie, émotionnellement intense et détaillée de leur histoire traumatique. Dans les cas de patients fonctionnant chroniquement à bas régime, le cœur du traitement devrait être la stabilisation, la gestion de la crise et la réduction du symptôme (et non pas le travail sur les souvenirs traumatiques ou la fusion d'identités alternantes). Plusieurs facteurs peuvent influencer la décision de maintenir le point de focalisation sur les buts de la phase 1, c'est-à-dire la stabilisation et la réduction des symptômes. Ces facteurs sont, entre autres : des problèmes sévères d'attachement, une force du moi et une capacité d'adaptation minimales, une implication avec les agresseurs encore en cours, une pathologie sévère sur l'axe II du DSM-IV-TR, des problèmes médicaux sérieux, l'âge, un abus de substances et d'autres addictions (voir Boon, 1997 ; Kluft, 1997 ; Kluft & Loewenstein, 2007).

## ***2. La phase de confrontation, d'élaboration et d'intégration des souvenirs traumatiques***



Dans cette phase de traitement, le cœur du travail se fait autour des souvenirs des vécus traumatiques du patient souffrant de TDI. Le travail efficace dans cette phase implique la remémoration, la tolérance et l'intégration d'événements du passé qui submergent les patients. Ce travail inclut le processus d'abréaction – la libération d'émotions fortes en rapport avec un vécu ou une perception (habituellement un vécu ancien ou des perceptions d'une expérience passée) – qui a une longue et vénérable histoire dans les sciences de la santé mentale. Une expérience clinique substantielle a fait la preuve que les abréactions, à la fois spontanées et facilitées par la psychothérapie, ont aidé de nombreux patients à aboutir à des améliorations globales et symptomatiques majeures.

De manière optimale, le travail sur les mémoires traumatiques peut être prudemment planifié et même prévu.

Le patient et le thérapeute devraient discuter et arriver à un accord sur quels souvenirs seront placés au centre de l'intérêt, à quel niveau d'intensité ils seront traités ; quels types d'interventions seront utilisées (par exemple : exposition, abréactions planifiées, etc...) ; quelles identités alternantes participeront, comment maintenir la sécurité pendant le travail, et quelles procédures pour contenir les souvenirs traumatiques si le travail devient trop intense. Les patientes tirent un grand bénéfice lorsque les thérapeutes les aident à utiliser des stratégies de planification, d'information, d'exploration et de dosage (cf Fine, 1991 ; Kluft, 2001 ; Kluft & Loewenstein, 2007 ; Van der Hart, 2006) pour développer une forme de contrôle sur l'irruption du matériel traumatique. Les interventions spécifiques pour les patients souffrant de TDI en phase 2 comprennent le travail avec des identités alternantes qui expérimentent elles-mêmes comment contenir les souvenirs traumatiques. Ces interventions aident le patient à élargir l'éventail des émotions et des affects parmi les identités alternantes, et à assister le patient, comme totalité, à tolérer les affects associés avec le trauma comme la honte, l'horreur, la terreur, la rage, l'abandon, la confusion, la colère et le deuil.

Les cliniciens devraient fournir des informations sur la nature du processus de la phase 2, y compris la probabilité d'exacerbations des symptômes comme des évolutions positives qui peuvent survenir lors de l'opération réussie sur la mémoire (Kluft & Loewenstein, 2007). Il peut être utile, entre autres, de discuter certains aspects concernant la nature de la mémoire « retrouvée » et la reconstruction de la mémoire autobiographique (voir les sections ci-dessous qui concernent le consentement éclairé et la valeur des souvenirs des abus infantiles des patients).

Dans cette phase, à mesure que divers éléments de la mémoire traumatique émergent, ils sont explorés, plutôt que d'être re-dissociés ou rapidement contenus – en s'assurant de suffisamment de temps dans les séances et que le patient peut effectuer ce travail sans trop de perturbations dans sa vie. Parfois, cependant, et souvent avec des répétitions itératives, le matériel de ces souvenirs est transformé d'une mémoire traumatique à ce que nous appelons d'un terme général, une mémoire narrative (voir Brown et al., 1998 pour une revue complète du trauma et de la mémoire pendant le traitement). Les approches modernes de l'abréaction comprennent le changement cognitif et la maîtrise en plus de la décharge intensive des émotions et des tensions liées aux traumas ; une décharge émotionnelle intense pour son propre compte peut simplement retraumatiser et est donc contre-indiquée.

Un mécanisme majeur de changement est celui de l'accès et de l'association répétées et donc de l'intégration des éléments fragmentés et dissociés des souvenirs traumatiques en une narration complète et cohérente (Van der Hart & Brown, 1992). Une discussion détaillée des processus impliqués dans l'élaboration des souvenirs traumatiques dépasse l'angle de vue des lignes directrices mais ils comprennent la reformulation cognitive des vécus traumatiques et la prise en compte de la culpabilité irrationnelle et de la honte par la reconnaissance des réponses adaptatives que le patient a développées au cours de ces expériences traumatiques.

L'intégration des souvenirs traumatiques revient à mettre ensemble différents aspects du vécu traumatique qui étaient jusque-là dissociés les uns des autres : les souvenirs et la séquence des événements, les affects associés, les représentations physiologiques et somatiques du vécu. L'intégration signifie aussi que le patient arrive à une prise de conscience cognitive adulte et à une compréhension de son rôle et de celui des autres dans ces événements (Braun, 1988 ; Brown et al., 1998 ; Chu, 1998). Le travail sur la perte, le deuil, le chagrin peut être profond à ce stade lorsque le patient lutte et réalise les pertes nombreuses que le passé traumatique a causées (certains peuvent d'ailleurs continuer au présent).

Le processus du travail de la phase 2 permet au patient de réaliser que les vécus traumatiques appartiennent au passé, à comprendre leur impact dans sa vie et à développer une histoire personnelle plus complète et cohérente ainsi qu'un sentiment de Soi. En plus, les patients souffrant de TDI deviennent capables de se rappeler des vécus traumatiques au travers des identités alternantes, spécialement celles qui étaient au préalable amnésiques ou sans réaction émotionnelle. Certains auteurs ont utilisé le terme « synthèse » pour ce processus (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993 ; Van de Hart, 2006). La synthèse, comme niveau fondamental d'intégration, peut être décrite comme un processus thérapeutique contrôlé, façonné pour aider les identités alternées, qui s'expérimentent elles-mêmes comme « contenant » des souvenirs traumatiques, à partager ces derniers avec d'autres identités qui ne sont pas conscientes de ce matériel ou ne le considèrent pas comme une partie de leur mémoire autobiographique. La synthèse réussie doit être suivie par un processus de « réalisation » et « personnification » (Van der Hart et al., 2006), par exemple, une conscience complète qui a expérimenté le trauma mais que ce trauma, c'est bien du passé. Donc le patient donne à cet événement traumatisant une place dans sa biographie personnelle. Parfois c'est le processus de réalisation que le patient souffrant de TDI craint le plus avec pour résultat que le patient évite la synthèse des souvenirs traumatiques à tout prix.

Même à ce stade du traitement, le travail de mémoire intensif ne devrait pas être toléré séance après séance. Les patients peuvent être retraumatisés et/ou déstabilisés si le traitement ne leur donne pas un temps adéquat pour composer avec l'impact du trauma ou échoue à permettre des périodes de pause au patient et donc de souffler, aussi bien que de se concentrer sur le fonctionnement et la vie quotidiens. Même avec un planning thérapeutique soigneux, la déstabilisation peut demander un retour aux objectifs de la phase 1 comme la gestion de la sécurité, la stabilisation, la communication interne, la contention et la gestion du symptôme. Le thérapeute peut aussi bien trouver nécessaire le travail sur la résistance et le fait que les identités alternantes rechignent à intégrer les souvenirs traumatiques. Les distorsions cognitives induites par le trauma et/ou la réactivité du transfert peuvent aussi interférer avec le travail de la phase 2 et devront être l'objet d'une attention systématique. Ralentir l'allure ou diminuer la focalisation sur les souvenirs traumatiques peut être nécessaire, entre autres, si le patient campe dans une position de refus ou produit – à répétition – de « nouveaux » souvenirs plutôt que de se centrer sur la synthèse du matériel déjà disponible et/ou qui devient répétitivement déstabilisant pendant la phase 2.

A mesure que les vécus traumatiques sont intégrés, les identités alternantes peuvent s'expérimenter elles-mêmes comme de moins en moins séparées et distinctes. Les fusions spontanées et/ou facilitées peuvent aussi survenir. Les fusions facilitées impliquent souvent des « rituels de fusion ». Ces cérémonies thérapeutiques impliquent habituellement de l'imagerie ou de l'hypnose qui « ... sont perçues par certains ... patients comme des rites cruciaux de passage d'un sentiment subjectif de division au sentiment subjectif d'unité » (Kluft, 1986a, cité dans Kluft, 1993a, p. 119). L'expérience du patient est que les identités alternantes s'unifient dans une image de jonction ou d'unification »...[Ces rituels] formalisent simplement l'expérience subjective du travail que la thérapie a déjà accompli (Kluft, 1993a, p.120). Les

rituels de fusion sont utiles comme résultat du travail psychothérapeutique préalable lorsque la sécabilité (séparativité) ne rend pas service plus longtemps comme fonction censée aider à l'adaptation intrapsychique ou environnementale. Arrivé à ce point-là, si le patient n'investit pas plus longtemps narcissiquement dans le maintien de la séparativité particulière, la fusion survient. Les cliniciens ne devraient pas essayer de pousser à la fusion avant que le patient ne soit cliniquement prêt pour cela. Les essais prématurés de fusion peuvent causer un stress négatif significatif pour le patient souffrant de TDI ou, autrement, une compliance superficielle avec les identités alternantes afin d'essayer de plaire au thérapeute en faisant semblant de disparaître. Les essais de fusion prématurée peuvent aussi survenir lorsque le thérapeute et le patient conviennent d'éviter particulièrement le matériel thérapeutique difficile.

### ***3. La phase d'intégration et de réhabilitation***

Dans cette troisième phase du traitement du TDI, les patients ont des bénéfices additionnels dans la coopération interne, la coordination et l'intégration. Habituellement, ils commencent à construire un sentiment du Soi plus solide et stable et à savoir comment ils entrent en relation avec les autres et le monde extérieur. Dans cette phase, les patients TDI peuvent continuer à fusionner les identités alternantes et améliorent leur fonctionnement. Il peut leur être nécessaire de révisiter leur histoire traumatique d'un point de vue plus unifié. A mesure que les patients deviennent moins fragmentés, ils développent habituellement un sens plus grand de calme, de la résilience et une paix intérieure. Ils peuvent aussi acquérir une meilleure appréhension de l'histoire de leur passé et se débrouiller plus efficacement avec les problèmes courants. En outre, le patient peut commencer à moins se focaliser sur les traumas passés, en mettant son énergie à vivre mieux dans le présent et à développer de nouvelles perspectives pour le futur. A un niveau plus élevé d'intégration, le patient peut être davantage capable de chasser les « souvenirs » traumatiques et décider que certains d'entre eux peuvent être plus reliés au symbolisme subjectif et qui semblaient « réels » à ce moment-là mais qui en fait ne se sont pas passés dans la réalité objective.

Bien des tâches de la dernière phase du traitement du TDI sont semblables à celles des patients non-traumatisés qui fonctionnent correctement, mais expérimentent des problèmes émotionnels, sociaux ou d'orientation. Cependant le patient souffrant de TDI unifié peut avoir davantage besoin d'un coaching particulier pour se débrouiller avec les problèmes de la vie quotidienne d'une manière non-dissociative. De même, le patient peut aussi avoir besoin d'aide pour supporter les stress de tous les jours, de petites émotions et les déceptions communes, part routinière de l'existence humaine. En fait, beaucoup de patients vivent cette phase de traitement comme celle où ils deviennent progressivement capables de donner leur plein potentiel en termes de fonctionnement personnel et interpersonnel.

## **IV. Modalités de traitement**

### ***A. Trame du traitement ambulatoire***

La modalité de traitement primaire pour le TDI est la psychothérapie individuelle ambulatoire. La fréquence des séances et la durée du traitement peuvent dépendre d'un grand nombre de variables comprenant les caractéristiques du patient, les capacités et les préférences du clinicien, et les facteurs externes comme les remboursements d'assurance et la disponibilité des thérapeutes formés. Pour les patients souffrant de TDI, le spectre est très large en ce qui concerne la motivation de traitement, les ressources pour le traitement, et les comorbidités qui peuvent affecter le cours du traitement. Comme avec d'autres patients avec des troubles post-

traumatiques complexes, le traitement pour les patients souffrant de TDI est généralement à long-terme, habituellement demandant des années et non des semaines ou des mois.

La fréquence des séances prévues peut varier en fonction des buts du traitement et le niveau et la stabilité de fonctionnement du patient. La fréquence minimum des séances pour les patients souffrant de TDI avec un thérapeute formé est une fois par semaine, l'opinion de nombreux experts spécialisés en cette matière est deux à même trois fois par semaine si les ressources le permettent. Pour des patients qui fonctionnent bien, une fois par semaine est souvent suffisant bien que le besoin de trouver un équilibre dans le maintien de leur fonctionnement tout en travaillant sur un matériel difficile peut requérir des rendez-vous plus fréquents. Pour ceux dont les symptômes sont florides et dont les vies sont chaotiques, une fois par semaine semble insuffisant. Dans certaines circonstances, une fréquence plus élevée de sessions (jusqu'à trois ou davantage) peut être mise en place pour un temps défini jusqu'à ce que le patient chaotique puisse maintenir un fonctionnement adapté et/ou (comme alternative à l'hospitalisation) à contenir le comportement auto-destructeur et/ou sévèrement dysfonctionnel.

Des séances fréquentes en ambulatoire pour la restabilisation devraient être généralement limitées à de brèves périodes pour réduire au maximum la régression et la dépendance excessive au thérapeute.

Bien que la séance habituelle de 45-50 minutes reste la norme pour la plupart des thérapeutes, certains thérapeutes trouvent des séances prolongées de 75-90 minutes utiles pour un travail planifié sur les souvenirs traumatiques. Il est nécessaire que les thérapeutes s'efforcent d'aider les patients à bien se réorienter vers la réalité externe pour ne pas quitter les séances dans un état décompensé ou dissocié. Le thérapeute peut développer des interventions avec le patient ayant pour but de le rendre ancré dans le présent en fin de séance (par exemple en prévenant le patient quelques minutes avant la fin de la séance de commencer le processus de réorientation).

Il y a une divergence d'opinion concernant les séances très longues (par exemple des séances plus longues que 90 minutes) ; certains cliniciens expérimentés se demandent si c'est vraiment nécessaire et d'autres les trouvent utiles pour des buts spécifiques. Si on les utilise, elles seront programmées, structurées et ont un but spécifique comme la réalisation de l'intégration des souvenirs traumatiques, l'accomplissement de la métabolisation des souvenirs traumatiques et l'imagerie ou l'administration d'une batterie diagnostique. De très longues séances peuvent aussi être indiquées lorsque la logistique force le patient à venir chez le thérapeute peu fréquemment, mais alors pour travailler intensément.

#### *Les types de traitement du TDI*

L'orientation la plus communément recommandée est la psychothérapie individuelle orientée par la psychodynamique, souvent éclectique c'est-à-dire qui incorpore d'autres techniques (Putnam & Loewenstein, 1993). Par exemple, les techniques cognitivo-comportementales peuvent être modifiées pour aider ces patients à explorer et changer les systèmes de croyances dysfonctionnelles induites par le trauma ou pour gérer les expériences stressantes ou un comportement impulsif. Beaucoup de thérapeutes emploient l'hypnose comme modalité adjuvante au traitement du TDI (Putnam & Loewenstein, 1993 ; voir ci-dessous). Les utilisations les plus habituelles de l'hypnose sont destinées à calmer, apaiser, contenir ou renforcer le moi. En plus de la psychothérapie individuelle, les patients peuvent bénéficier des interventions spécialisées comme la thérapie familiale ou expressive, la remodulation et la thérapie comportementale dialectique (TCD, en anglais DBT ; Linehan, 1993a, 1993b), L'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (en anglais EMDR ; Shapiro, 1991), la psychothérapie sensorimotrice (Ogden et al., 2006) et d'autres traitements adjuvants.

Certains patients requièrent un traitement spécialisé pour l'abus de substance et les troubles alimentaires.

La théorie de l'apprentissage et la thérapie comportementale peuvent orienter le traitement des troubles dissociatifs jusqu'à un certain point. La théorie de l'apprentissage est utile pour comprendre les réactions post-traumatiques comme la peur conditionnée, la colère et la honte en réaction à des répliques internes et externes qui favorisent la dissociation.

L'exploration et l'intégration des souvenirs traumatiques peuvent être conceptualisées comme une forme de thérapie d'exposition qui permettent de transformer les souvenirs traumatiques. Surmonter des réactions phobiques requiert aussi l'exposition, par exemple en faisant l'expérience de sentiments corporels et émotionnels évités au préalable, en en s'attachant à d'autres personnes y compris le thérapeute et la coopération entre les identités alternantes. Cependant, il est souvent contreproductif d'utiliser des techniques de modification du comportement pour punir l'expression de la dissociation elle-même, par exemple en ignorant ou en tentant d'éteindre l'expression des identités alternantes. D'ailleurs, les procédures de conditionnement aversif ou des procédures d'extinction sont contraindiquées car elles peuvent évoquer le vécu d'abus anciens.

Beaucoup de techniques spécifiques et d'interventions ont été développées pour faciliter le traitement du TDI. Elles incluent les techniques d'imagerie et d'hypnose, des approches du transfert et contretransfert, des techniques cognitives, etc. Beaucoup de littérature sur la thérapie de l'ESPT complexe peut apporter une contribution à cet égard (voir entre autres : Brier, 1989 ; Chu, 1988, 1998 ; Courtois, 1999, 2004 ; Courtois, Ford & Cloître, 2009 ; Gold, 2000 ; Herman, 1992a ; Ross, 2007) et pour le traitement du TDI (voir entre autres : Fraser, 2003 ; RP Kluft, 1993a, 1993b, 1999 ; Kluft & Fine, 1993 ; Putnam, 1989 ; Rivera, 1996 ; Ross, 1997 ; Steele et al., 2005 ; Van der Hart, 1998, 2006 ; Watkins & Watkins, 1988).

Le traitement pour le TDI est pratiqué de manière optimale par un psychothérapeute individuel. Cependant des cliniciens supplémentaires peuvent apporter de l'aide réalisant ainsi une équipe de traitement. Selon les circonstances individuelles, ces équipes de traitement peuvent inclure une variété de disciplines professionnelles y compris les psychopharmacologues, les gestionnaires de cas, les thérapeutes familiaux, les thérapeutes d'expression, des psychothérapeutes sensorimoteurs et les professionnels médicaux.

Il est vital que les membres de l'équipe de traitement coordonnent leur traitement du patient souffrant de TDI et qu'il y ait de la clarté sur qui est le clinicien responsable de la gestion du traitement global et qui prend les décisions. A cause des processus mentaux divisés du patient TDI et de l'amnésie, il est facile pour le patient de développer des relations dans lesquelles un faisceau d'identités alternantes interagissent avec un clinicien et un autre faisceau avec un autre clinicien, même sans confusion des rôles de l'équipe de traitement.

Cela peut contrecarrer les buts d'un fonctionnement plus intégré et tend à externaliser les conflits du patient parmi les différents membres de l'équipe de traitement.

### ***C. Traitement hospitalier***

Le traitement du TDI se fait sur le principe de la thérapie ambulatoire, même lors de la métabolisation du matériel traumatique. Cependant le traitement hospitalier peut être nécessaire au moment où les patients sont à risque de se faire du mal à eux-mêmes ou aux autres, et/ou lorsque leur symptomatologie post-traumatique ou dissociative les envahit ou est hors contrôle. Le traitement hospitalier devrait survenir dans le contexte d'une stratégie globale orientée vers le but défini de ramener le patient à un niveau de stabilité de fonctionnement afin de le renvoyer rapidement vers le traitement ambulatoire. Des efforts devraient être faits pour identifier les facteurs qui ont déstabilisé ou menacent de déstabiliser le

patient TDI comme les conflits de famille, les pertes significatives, etc. et déterminer ce qui peut être fait pour améliorer ces facteurs. Le traitement à l'hôpital est souvent utilisé pour la stabilisation de la crise et la construction de compétences et stratégies d'adaptation.

L'hospitalisation peut, à certains moments, donner l'opportunité de clarifier le diagnostic. Une évaluation hospitalière permet de détecter la présence d'autre problème de comorbidité qui requiert un traitement immédiat, par exemple un épisode dépressif majeur qui se manifeste à la fois par de la dépression et augmente les symptômes de l'ESPT ou un trouble schizophrénique débutant et subtil avec une symptomatologie dissociative surajoutée.

A l'inverse, le diagnostic de TDI lui-même peut nécessiter un type d'observation séquentielle, intensive et des efforts diagnostiques que l'hôpital peut offrir ou alors il y a un syndrome permanent masquant le TDI, par exemple le trouble conversif, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles alimentaires, l'abus de substances ou un trouble de personnalité borderline apparent.

Avec des contraintes actuelles imposées par les tiers payants, beaucoup d'hospitalisation sont brèves et ont seulement pour but la sécurité, la gestion de la crise et la stabilisation. Dans certains cas, la structure et la sécurité d'un dispositif hospitalier permettent un travail thérapeutique qui serait déstabilisant ou même impossible dans un dispositif ambulatoire.

Lorsque les ressources sont disponibles pour une durée de séjour plus longue, le traitement hospitalier peut inclure un travail planifié et judicieux sur les souvenirs traumatiques et/ou les identités alternantes agressives, autodestructrices et leurs comportements.

Les unités hospitalières spécialisées dans le traitement du trauma et/ou troubles dissociatifs peuvent être particulièrement efficaces pour aider les patients à développer les compétences dont ils ont besoin pour se sentir plus en sécurité et stabilisés. Ces programmes offrent des services qui ne sont en général pas proposés dans un hôpital psychiatrique général : évaluations diagnostiques spécialisées, psychothérapie individuelle intensive, interventions psychopharmacologiques pointues et travail spécialisé sur le trauma : la gestion des symptômes et la construction de compétences .

Il se peut que la participation du patient à de tels programmes soit limitée par le tiers payant, et due à une durée plus longue de séjour habituellement rencontrée dans ces programmes.

Cependant, dans certains cas, les compagnies d'assurance ont adressé des patients réfractaires à des programmes spécialisés avec l'espoir que les coûts pourraient être réduits au long-terme par des interventions spécialisées.

Durant le temps hospitalier, l'isolement et les contraintes physiques et chimiques peuvent être indiquées pour le patient TDI qui agit violemment envers lui-même et les autres et qui n'a pas répondu aux interventions verbales et pharmacologiques. Malheureusement, la contrainte et l'isolement peuvent être traumatisants pour tous les patients, mis à part les psychopathologies post-traumatiques préexistantes. A ce point de vue, beaucoup de systèmes hospitaliers sont maintenant engagés dans le but idéal d'utiliser au minimum voire d'éliminer l'isolement et la contrainte. Dans le même esprit, ces mesures restrictives peuvent souvent être évitées par une planification soigneuse de la gestion de symptôme et des stratégies de contention. Certains systèmes hospitaliers demandent que tous les patients développent des « plans de sauvegarde personnelle » qui énumèrent les facteurs qui tendent à améliorer ou réduire la capacité du patient à maintenir sa sécurité. Chez les patients souffrant de TDI, cette liste peut inclure des déclencheurs idiosyncrasiques, comme des mesures qui offrent apaisement et confort. Les interventions spécifiques pour les patients souffrant de TDI peuvent inclure l'accès aux identités alternantes auxiliaires, en utilisant l'imagerie consistant à trouver un « lieu de sécurité » pour des identités alternantes débordées ou autodestructrices et l'imagerie consistant à « éteindre » ou au moins atténuer des affects intenses. Comme médicaments pour l'anxiété et/ou l'agitation, les benzodiazépines ou neuroleptiques peuvent être aussi utiles pour réduire l'agitation ou pour éviter une crise. L'utilisation de contraintes physiques « volontaires » pour

contrôler une identité alternante violente lorsqu'on travaille le trauma n'est plus considérée comme une intervention appropriée.

### ***C. Hospitalisation partielle ou traitement résidentiel***

Les patients souffrant de TDI peuvent bénéficier d'un certain apport des programmes d'hospitalisation partielle comme étape après le traitement hospitalier résidentiel. Les programmes qui permettent de se centrer de manière individualisée sur le survivant d'un trauma et qui sont au courant des aspects liés au trauma peuvent aider à atteindre ce but. L'hospitalisation partielle spécialisée ou le traitement résidentiel pour les patients TDI et autres avec un trauma sévère peut être utile soit comme étape à la sortie d'un traitement hospitalier ou comme une modalité plus intensive du traitement ambulatoire pour prévenir l'hospitalisation et/ou offrir un entraînement intensif aux compétences. En général, les programmes spécialisés ont recours au dispositif des groupes plusieurs fois par jour, pour donner des informations sur les troubles liés au trauma, pour enseigner les compétences de gestion des symptômes et pour procurer un entraînement aux compétences relationnelles et autres de l'existence. La DBT ou les autres techniques plus formelles, structurées pour la gestion des symptômes peuvent être à ce jour.

### ***D. Thérapie de groupe***

Les patients souffrant de TDI bénéficient peu de ce genre de thérapie de groupe constitué d'individus avec des diagnostics et des problèmes cliniques hétérogènes. Beaucoup de patients souffrant de TDI ont des difficultés à tolérer les affects mis au jour par les groupes traditionnels orientés vers le processus de groupe ou ceux qui encouragent des discussions, même de manière limitée, des expériences traumatiques des participants. De telles thérapies ont abouti à des exacerbations de symptôme et/ou à des relations dysfonctionnelles parmi les membres du groupe.

La psychothérapie de groupe n'est pas une modalité primaire, vitale de traitement pour le patient souffrant de TDI. Cependant, certains types de groupe limités dans le temps pour des patients souffrants de TDI ou d'ESPT complexes peuvent être des thérapies adjuvantes appréciables à la psychothérapie individuelle. Ces types de groupe peuvent aider à informer les patients sur le trauma et la dissociation, les aider dans le développement d'un faisceau de compétences (par exemple stratégies d'adaptation, compétences sociales et gestion des symptômes) et aider les patients à comprendre qu'ils ne sont pas seuls à s'adapter aux symptômes dissociatifs et aux souvenirs traumatiques.

Cependant, certains cliniciens sont d'avis que des patients souffrant de TDI soigneusement sélectionnés peuvent bénéficier des groupes à long-terme, homogènes et davantage orientés vers le processus et destinés aux patients souffrant de TDI et d'ESPT complexes. Ces groupes sont soutenant, tendent à se focaliser plus sur l'amélioration du fonctionnement interpersonnel et consolident les buts de la thérapie individuelle.

La réussite des groupes de ce type requiert une articulation avec l'ensemble des attentes et des limites aux actes des participants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des groupes (par exemple, limitations sur la discussion détaillée – en groupe - des souvenirs traumatiques, pas de socialisation en dehors entre les membres, etc...)

Certains patients peuvent faire bon usage des groupes à 12 étapes comme les AA, NA ou Al-Anon lorsqu'il faut s'occuper de problèmes d'abus de substance. Cependant, les groupes à 12 étapes des « survivants d'inceste » ou des groupes non-professionnels d'entraide pour les patients souffrant de TDI sont généralement considérés comme contreindiqués parce que dans leur forme classique, ils sont sans régulations et peuvent donner lieu à une immersion émotionnelle et à des inconforts psychologiques. De plus, il y a une

possibilité de limites trop floues entre les membres du groupe pouvant donner lieu à un comportement perturbé, pathologiquement dépendant et/ou exploiteur. Beaucoup de cliniciens expérimentés refusent de continuer à traiter des patients souffrant de TDI qui insistent pour s'impliquer eux-mêmes dans ces types de groupes

### *E. Pharmacothérapie*

La médication psychotrope n'est pas le traitement premier pour les processus dissociatifs, et les recommandations spécifiques pour la pharmacothérapie de la plupart des symptômes dissociatifs attendent une recherche systématique. Cependant, la plupart des thérapeutes traitant le TDI rapportent que leurs patients ont reçu une médication comme un élément de leur traitement (Putnam & Loewenstein, 1993). Dans la seule étude naturaliste sur le traitement ambulatoire des troubles dissociatifs, 80 % des patients ont reçu une médication adjuvante (Brand, Classen, Lanius et al., 2009). Classiquement, la pharmacothérapie des patients souffrant de troubles dissociatifs vise l'hypervigilance et les symptômes d'intrusion de l'ESPT et les pathologies coexistantes comme les troubles affectifs et obsessionnels-compulsifs, entre autres (Loewenstein, 1991b ; 2005 ; Torem, 1996). Il faut que soit bien compris, à l'usage du consentement éclairé aux protocoles de médication pour le TDI, que la prescription est empirique par nature. La gestion psychopharmacologique du TDI doit porter une attention particulière aux limites et aux voies de communication entre les thérapeutes traitants, les membres de l'équipe thérapeutique non-psychiatrique et le psychiatre prescripteur pour éviter le « clivage » de l'équipe thérapeutique (spécialement si le psychiatre n'est pas le thérapeute traitant). Il est essentiel que les fonctions de thérapeute et de psychiatre prescripteur soient clairement définies. Le patient devrait avoir un seul clinicien impliqué dans sa psychothérapie intensive. En général, le médecin prescripteur devrait jouer un rôle auxiliaire, qui se centre en premier lieu sur la gestion de la médication et qui voit le patient plus fréquemment seulement si les médications doivent être ajustées ou en réaction à une urgence psychiatrique. Le thérapeute en charge devrait être responsable de toutes les urgences de la psychothérapie. Le psychiatre ne devrait pas être considéré ni comme le recours par défaut lorsque le patient est incapable de rentrer en contact avec son thérapeute ni comme pourvoyeur d'une psychothérapie de routine pendant les absences pour vacances ou autres du thérapeute, sauf si des accords spécifiques ont été conclus pour un changement de rôles. L'échange régulier de l'information importante entre les membres de l'équipe thérapeutique a une grande importance pour le contexte des interventions et des adaptations de traitement en cours. Comme dans n'importe quel traitement psychopharmacologique, les aspects de non observance du schéma thérapeutique, y compris l'abus, le sous-dosage et l'ajout inopportun d'alcool ou de drogues devraient toujours être pris en considération. La recherche d'une non-observance soupçonnée peut solliciter une connaissance opératoire de la psychothérapie du patient souffrant de TDI ainsi que l'engagement avec le système d'identités alternantes jusqu'à l'élucidation complète. Les identités alternantes chez le patient TDI peuvent donner différentes réponses à la même médication. Cela peut être dû largement à différents niveaux d'activation dans les différentes identités, les symptômes somatoformes peuvent imiter tous les effets secondaires connus et/ou dû à l'expérience subjective de séparativité des identités, plutôt qu'aux effets réels, différentiels biologiques des médications sur les différentes identités alternantes. En général, les médications sont plus efficaces si les symptômes ciblés visent « l'être humain en son entier ». Les patients TDI peuvent avoir plusieurs fluctuations de symptôme au jour le jour qui sont dues à la modulation de défenses dissociatives comme à leur situation personnelle fâcheuse et aux stress de l'existence. Donc, il vaut mieux changer ou ajuster les médications en considérant le « climat émotionnel global » de la présentation du patient plutôt que d'essayer de médiquer les changements psychologiques en fonction de l'humeur. L'entraînement efficace aux



compétences pour la régulation des affects, l'ancrage et la gestion des symptômes dissociatifs et de l'ESPT peuvent être plus efficaces que la médication.

Des identités alternantes spécifiques ou des groupes d'identités peuvent faire l'expérience de « bloquer » ou de majorer les effets de la médication. Cela peut survenir dans une gamme de situations qui incluent l'agitation croissante à travers un conflit interne intense ou de la persécution ou l'activation croissante des états physiologiques de base des identités. De même, des identités peuvent « duper » d'autres identités en ne prenant pas les médicaments ou en prenant plus que prescrit alors que d'autres identités qui veulent observer le schéma thérapeutique souffrent d'amnésie pour ces comportements. Certains patients souffrant de TDI peuvent aussi, suite à la logique de transe de la séparativité, prendre trop de médicaments, en s'appuyant sur la croyance que chaque identité alternée doit avoir une dose de médication pour un « corps séparé ».

Les médicaments pour le TDI sont habituellement le mieux conceptualisées comme « absorbeurs de choc », plutôt que comme interventions curatives. Des réponses partielles sont la règle avec des patients souffrant de TDI comme c'est le cas chez les patients avec ESPT complexe. Donc, les prescripteurs seront particulièrement attentifs aux effets négatifs potentiels de la polymédication dans cette patientèle. Au moment de crise, le psychiatre peut choisir d'ajuster les doses de médicaments pour des problèmes croissants de sommeil, d'anxiété et/ou accroissement des symptômes d'ESPT, parmi d'autres, plutôt que d'être attentiste ou de proposer des prises « à la demande ». Des interventions parcimonieuses de ce type rendent davantage d'aide que la mise en route d'une nouvelle médication.

Presque toutes les classes de médicaments psychotropes ont été utilisées empiriquement avec les patients souffrant de TDI. Le plus souvent, les *antidépresseurs* ont été utilisés pour traiter les symptômes dépressifs et/ou les symptômes de l'ESPT. L'ampleur des doses pour obtenir une réponse standard en ce qui concerne les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) s'appliquent à cette population, ce qui veut dire pour gérer les symptômes d'anxiété avec des doses faibles, la dépression avec des doses moyennes et les symptômes obsessionnels-compulsifs ou dépressifs réfractaires avec des doses élevées. De même, les groupes d'antidépresseurs plus anciens comme les inhibiteurs des monoamines oxydases (IMAO) et les antidépresseurs tricycliques ont été largement remplacés par les ISRS parce que ces derniers ont un profil plus favorable au niveau des effets secondaires et de la sécurité. Cependant, ces anciennes médicaments peuvent être un secours chez certains patients qui peuvent les utiliser en toute sécurité et tout spécialement la clomipramine (Anafranil) médicament anti-obsessionnel. Il faut avertir le patient des réponses partielles aux antidépresseurs. Souvent le meilleur résultat est que le patient reconnaît qu'il serait *davantage* déprimé sans antidépresseurs plutôt que de vivre une véritable rémission des symptômes dépressifs.

Les *anxiolytiques* peuvent être utilisés avant tout à court-terme pour traiter l'anxiété ; mais le clinicien doit garder à l'esprit que les médicaments benzodiazépines communément utilisées ont des potentialités addictives, un véritable risque pour ces patients sujets aux abus de substance. Les patients avec ESPT peuvent être tolérants à ce qui semble être des dosages élevés de benzodiazépines. On pense que cela est dû à une hypervigilance sévère et chronique et aux altérations supposées dans la liaison au récepteur aux benzodiazépines chez ces patients. Certains patients souffrant de TDI, cependant, peuvent être gardés sous BZD de manière stable, à long-terme. En général, dans cette population, des BZD à longue durée d'action (par exemple lorazepam (Temesta, Ativan), Clonazepam (Klonopin, Rivotril)) ont un profil plus sûr et ont moins d'effets secondaires problématiques que les BZD à courte durée d'action comme l'alprazolam (Xanax) ou les hypnotiques à durée d'action ultra-courte.

D'autres médicaments avec des effets sédatifs-hypnotiques prononcés sont utilisés également pour ces patients, par exemple trazodone (Desyrel, Trazolan), diphenhydramine (Benadryl) mirtazapine (Remeron, Remergon), de faible dose de tricycliques ou de neuroleptiques avec

faibles effets extrapyramidaux comme la quetiapine (Seroquel) ou chlorpromazine (Thorazine, Largactil). Habituellement, les patients souffrant de TDI souffrent de trouble du sommeil complexe à savoir des cauchemars et des flashbacks comme dans l'ESPT, des troubles du sommeil liés aux troubles de l'humeur, déclenchés par les réactions de peur le soir dû à la remémoration nocturne d'un abus connu et aux activités durant la nuit de certaines identités alternantes. Nombre d'entre elles apparaissent de nuit et les identités « de jour » peuvent présenter de l'amnésie pour les actions et l'existence de ces identités de nuit.

Les troubles du sommeil dans le TDI sont le mieux pris en compte si ils sont intégrés dans la trame globale du traitement qui utilise des stratégies de gestion des symptômes pour les identités alternantes phobiques, la négociation du sommeil avec les identités nocturnes et des stratégies comportementales cognitives dirigés vers le trauma pour diminuer la réactivité de l'ESPT le soir en même temps que l'usage judicieux des médicaments. En général, les barbituriques, l'hydrate de chloral et des médications similaires devraient être évités chez les patients souffrant de TDI à cause de leurs potentialités addictives et léthales en cas d'overdose. Les médications *neuroleptiques ou antipsychotiques*, particulièrement les plus récents, les atypiques, ont été utilisés à des dosages relativement faibles dans le TDI dans le traitement de la suractivation, la pensée désorganisée, des symptômes intrusifs de l'ESPT aussi bien que l'anxiété chronique, l'insomnie et l'irritabilité. Il faut faire attention de ne pas confondre les hallucinations auditives psychotiques avec les voix (le plus souvent) intérieures, personnifiées, décrits chez les patients souffrant de TDI et qui représentent des communications entre les identités alternantes (voir Loewenstein 1991a). Les phénomènes hallucinatoires dans le TDI, même lorsque des identités alternantes se manifestent dans des hallucinations d'injonction à se mettre en danger soi-même ou les autres, restent inchangées même sous des doses élevées de neuroleptiques. Au contraire, le neuroleptique peut mener bien plus à la diminution du fonctionnement global à cause des effets secondaires problématiques comme la somnolence qu'à la disparition des voix.

L'hallucinoïse multimodale dissociative avec des manifestations auditives, visuelle, olfactive, tactile et gustative, souvent dans le contexte de perte du contact avec la réalité (psychose dissociative) ne réagit en général pas fortement aux médicaments antipsychotiques, bien que ceux-ci jouent sur l'hypervigilance globale, la panique, la terreur et la désorganisation de la pensée. Cela peut permettre des interventions psychothérapeutiques pour les processus dissociatifs/post-traumatiques sous-jacents à ces symptômes. Des individus avec un TDI qui ont de véritables symptômes psychotiques comorbides peuvent répondre aux neuroleptiques pour ces symptômes de psychose, même si les symptômes du TDI, de leur côté, restent inchangés.

Les neuroleptiques ont beaucoup d'effets secondaires. Ce qui est à l'avant-plan, c'est que certains médicaments antipsychotiques de seconde génération sont associés avec un risque accru de prise de poids et un syndrome métabolique qui comprend l'hypercholestérolémie et l'intolérance glucidique, conduisant fréquemment à un diabète sucré franc. Les médications présentant ces effets secondaires sont la clozapine (clozaril, Leponex) et l'olanzapine (Zyprexa) et dans une moindre mesure la quetiapine (Seroquel), la risperidone (Risperdal), l'aripiprazole (Abilify) et la ziprasidone (Geodon, Zeldox).

Le psychiatre doit soigneusement surveiller tous les patients qui prennent des antipsychotiques atypiques et, si le patient présente une prise de poids significative et/ou développe un syndrome métabolique, patient et médecin doivent faire un bilan de façon à juger les risques et bénéfices de poursuivre le médicament.

Certains patients chroniquement souffrant de TDI, extrêmement malades et qui fonctionnent au premier plan comme des patients psychotiques chroniques, ont réagi positivement à la

clozapine (Leponex, Clozaril) pour des symptômes ESPT sévères et des perturbations chroniques de la pensée. Ces dernières se manifestent par des distorsions cognitives, quasiment ou franchement délirantes, résistantes, souvent bizarres. Ces patients peuvent présenter de la méfiance aux confins de la vraie paranoïa.

Les stabilisateurs de l'humeur sont des médications qui ont pour cible les variations d'humeur chez les patients bipolaires. Beaucoup de patients avec un TDI souffrent de variations cycliques rapides de l'humeur et les psychiatres les diagnostiquent souvent erronément de trouble bipolaire à cycle rapide ou trouble bipolaire type II. Cependant, une anamnèse fouillée met habituellement en évidence que ces variations d'humeur sont dues à des intrusions d'ESPT, à une dérégulation des affects et/ou passage d'une identité alternante à l'autre ou interférence entre les identités alternantes.

Donc il n'y a qu'une petite minorité de patients souffrant TDI avec un trouble bipolaire comorbide vrai - clairement mis en évidence par des épisodes suffisamment clairs alternant de phases dépressives et maniaques/hypomanes, qui verront une amélioration de la stabilité de l'humeur avec ces médicaments.

D'autres *médications* utilisées pour traiter des patients souffrant de TDI incluent la naltrexone (Revia), un antagoniste opiacé qui peut avoir une certaine efficacité dans la diminution de la pression à s'automutiler ou vers d'autres comportements auto-destructeurs ou autostimulants, spécialement si le patient exprime un vécu « intense » dans l'acte de se blesser. Certains patients offrent une réponse aux bêta-bloquants centraux actifs comme le propranolol (Inderal) dans l'hypervigilance et la panique liées à l'ESPT. La clonidine et le prazosin (Minipress) sont des alpha-agonistes centraux dont la première indication est celle de l'hypertension ; la clonidine a été utilisée pour traiter l'ESPT et peut être effective pour les symptômes d'hypervigilance et des symptômes intrusifs de l'ESPT chez certains patients TDI. Des études bien menées chez les vétérans ont montré que la prazosine cible spécifiquement les cauchemars de l'ESPT (Raskind, 2003). Les psychopharmacologues qui travaillent avec le TDI ont aussi montré que la prazosine peut être efficace dans cette indication chez certains patients TDI. Cependant, une augmentation aigüe dans les cauchemars due aux stress de l'existence, à de nouveaux traumatismes et/ou au travail sur un matériel difficile en thérapie répond moins bien à cette intervention et réagit mieux à la stabilisation psychothérapeutique. Le problème de ces médications est l'effet secondaire d'hypotension, tout particulièrement chez les patients avec une tension artérielle de base et /ou des patients avec des troubles alimentaires par privation.

Les psychostimulants (méthylphénidate [Rilatine et autres], des sels d'amphétamines mélangés [Adderal et autres], dextroamphétamine [Dexadrine et autres], etc.) peuvent être utilisés pour le trouble du déficit de l'attention/hyperkinétique chez les patients souffrant de TDI. Cependant, le diagnostic différentiel des problèmes dissociatifs d'attention et de déficits d'attention peut être difficile et nécessiter un examen soigneux du contexte et de la nature des symptômes apparents du trouble de déficit de l'attention. Cela est particulièrement vrai chez des enfants et adolescents traumatisés dont les problèmes d'attention et d'hyperactivité tendent à être des réactions de l'ESPT, en alternance avec des « espaces » dissociatifs, plutôt que des profils typiques d'enfants avec trouble de déficit de l'attention et hyperactivité. Ces derniers peuvent coexister avec les troubles post-traumatiques/dissociatifs chez le même patient compliquant le diagnostic différentiel. De plus, les stimulants peuvent avoir un effet positif non-spécifique sur l'attention même chez des patients sans trouble du déficit de l'attention. Les psychostimulants ont un potentiel d'abus chez tous les patients et peuvent être particulièrement mal utilisés par les patients souffrant de TDI car ils sont utilisés dans les troubles alimentaires concomitants que l'on rencontre dans ce type de pathologie.

Les pharmacologues les plus expérimentés ne considèrent pas la « fatigue » comme une indication de l'usage de stimulant dans cette population. Une étude récente a découvert un pourcentage important d'histoire d'abus sexuel infantile dans une population diagnostiquée « syndrome de fatigue chronique » (Heim et al., 2009). Les symptômes dissociatifs somatoformes et/ou l'usage excessif de médications sédatives dus à la polyprescription paraît mieux rendre compte de la fatigue chronique chez ces patients.

Les patients souffrant de TDI hospitalisés vivent une anxiété aiguë, de l'agitation, des symptômes ESPT intrusifs, des passages d'un état à l'autre chaotiques et/ou une pression à se blesser eux-mêmes ou d'autres peuvent répondre « à la demande » (si nécessaire) aux benzodiazépines orales ou intramusculaires (d'abord le lorazepam) et/ou des neuroleptiques en oral ou intramusculaire. Tout aussi bien les neuroleptiques classiques que les atypiques peuvent être donnés dans cette indication. La quetiapine (seulement disponible per os) peut être utilisée à des doses moyennes pour une intervention subaiguë chez ces patients. Les neuroleptiques classiques utilisés pour l'agitation aiguë chez les patients souffrant de TDI hospitalisés incluent l'haloperidol, la fluphenazine mais la ziprasidone intramusculaire et l'olanzapine intramusculaire ou sublinguale peuvent être aussi utiles pour le traitement rapide de l'agitation aiguë, sévère et la dangerosité pour soi ou pour les autres. En général, l'usage répété de médication « à la demande » prédit la nécessité de prescription planifiée pour prévenir les trous dans la couverture médicamenteuse et/ou pour clarifier quels symptômes sont effectivement traités.

Beaucoup de patients TDI utilisent de moins en moins de médications au fur et à mesure que le traitement avance à cause de la réduction de l'intensité des symptômes de l'ESPT et des autres symptômes sévères, tout particulièrement lorsque la fusion/intégration survient. D'un autre côté plus le patient est intégré et devient moins globalement symptomatique, plus la comorbidité sur l'axe I et d'autres comorbidités deviennent clairement apparentes, entre autres, les troubles de l'humeur, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de déficit de l'attention et même les troubles psychotiques. Beaucoup de patients souffrant de TDI peuvent avoir des médicaments d'entretien pour le traitement des troubles de l'humeur, les TOC et cela même après la fusion/intégration complète.

Une discussion soigneuse est nécessaire avec les patients souffrant de TDI, comme d'autres patients, sur les risques et bénéfices d'utiliser des médicaments, d'interrompre un traitement et sur la nécessité d'une observance du schéma thérapeutique. Comme pour tous les patients, des changements de médicaments utiles et stables devraient être faits avec précaution, de manière optimale lorsque le patient n'est pas en crise ou dans une phase intensive du travail thérapeutique et lorsque la réapparition de symptômes engendrerait le moins de rupture dans la vie quotidienne. Le patient, le psychiatre traitant et le thérapeute devrait tous être pris en considération dans la collaboration sur les questions de continuité/discontinuité de la médication, en particulier lors que le patient est davantage stabilisé dans les dernières phases du traitement.

Malheureusement, la recherche systématique sur les médications pour le TDI n'existe pas et beaucoup d'études de pharmacothérapie pour l'ESPT n'ont pas été réalisées chez des femmes survivantes de maltraitance infantile chronique. Jusqu'au jour où la recherche fournira une base plus solide, le traitement pharmacologique du TDI restera presque entièrement empirique et basé sur l'expérience clinique.

### ***F. Hypnose comme facilitateur de psychothérapie***

L'hypnose a été utilisée pour aider au traitement du TDI dès le début du 19<sup>e</sup> siècle (Ellenberger, 1970). Il y a une vaste littérature concernant l'utilisation de l'hypnose dans le traitement du TDI (voir Cardena, Maldonado, Van der Hart & Spiegel, 2009 ; Kluft, 1982, 1988b, 1989,

1984 ; Phillips & Frederick, 1995 ; Ross & Norton, 1989b). Beaucoup d'arguments puissants soutiennent l'utilisation de stratégies hypnotiques comme traitement adjuvant du TDI : (1) les patients souffrant de TDI sont plus hypnotisables lorsqu'on les compare avec d'autres groupes cliniques (Frischholz, Lipman, Braun & Sachs, 1992) et l'hypnotisabilité plus élevée est en corrélation avec la probabilité du succès thérapeutique de l'hypnose.

(2) le travail hypnotique peut potentialiser diverses stratégies thérapeutiques. Des études ont montré que l'efficacité clinique de l'hypnose dans la symptomatologie post-traumatique (Cardena, Maldonado et al., 2009) et des interventions facilitées par l'hypnose ont joué un rôle majeur dans le traitement réussi de grandes séries de patients souffrant de TDI (Kluft, 1984, 1986b, 1993a, 1994). (3) Si l'hypnose prend la forme d'une transe spontanée, de l'autohypnose ou de l'hétérohypnose (transe induite par un tiers [Spiegel & Spiegel, 1978, 2004], une certaine forme d'hypnose prend inévitablement une place dans le travail thérapeutique avec ce groupe de patients hautement hypnotisables. Une formulation de cet aspect est que les patients dissociés, habituellement à leur insu, utilisent une variété de stratégies autohypnotiques d'une manière spontanée, non-contrôlée et désorganisée et leur enseigner d'exercer un certain contrôle sur leur hypnose spontanée ou leur autohypnose peut leur permettre de contenir certains symptômes de mauvais stress et leur permet donc de mettre leurs talents hypnotiques à leur disposition pour faciliter des stratégies constructives de soins par eux-mêmes.

Beaucoup de techniques qui reposent sur les compétences autohypnotiques du patient souffrant de TDI – avec utilisation ou non de l'induction formelle de la transe – ont gagné une place dans le traitement du TDI (Kluft, 1982, 1988b, 1989, 1994 ; Phillips & Frederick, 1995). Ces techniques comprennent l'accès aux identités alternantes qui ne sont pas accessibles immédiatement, une intervention qui peut faciliter l'émergence d'identités critiques pour le processus thérapeutique et/ou qui peut aider à résoudre la situation d'avoir à faire, en fin de séance, à quelqu'un de bloqué dans une identité comparable à un enfant, désorientée ou dysfonctionnelle. La reconfiguration est une technique apparentée, où un système d'identités alternantes dans un déséquilibre dysfonctionnel peut être « réarrangé » en demandant à différentes identités de jouer des rôles importants dans une constellation plus sûre et stable. D'autres techniques hypnothérapeutiques ont été élaborées pour contenir les flashbacks et contrôler les processus d'abréactions et de souvenirs traumatiques, pour moduler les affects, pour explorer et soigner les symptômes somatoformes ou d'inconfort psychologique, pour mettre hors service des identités instables dans des dispositifs éloignés du fonctionnement principal de la vie mentale ce faisant pour protéger le fonctionnement et la sécurité, mettre des identités « en sommeil » entre les séances, promouvoir la stabilisation générale, encourager les identités à communiquer et s'engager l'une vis-à-vis de l'autre de manière constructive (par exemple la technique de la table dissociative de Fraser [2003]) et promouvoir ou amener l'intégration (par exemple des rituels de fusion). Par exemple, durant la phase 2 (traitant les souvenirs traumatiques), des techniques hypnotiques comme la visualisation interne et contrôlable des souvenirs sur un écran, peut aider à trouver une régulation et une modulation de l'affect qui accompagne le souvenir. Les techniques de « l'écran clivé » peuvent aider à la restructuration cognitive des événements traumatiques et l'usage judicieux des techniques de régression (en gardant à l'esprit les vicissitudes de la mémoire) peut être d'une aide non négligeable dans le rappel des événements passés. Dans la phase 3 (réintégration et réhabilitation), des techniques hypnotiques peuvent assurer la consolidation du sentiment de Soi adapté dans le présent et le futur, par exemple, par l'évocation d'événements futurs possibles dans le but avoué de les prévenir (Cardena, Maldonado et al., 2009).

Les capacités autohypnotiques des patients souffrant de TDI permettent d'utiliser de nombreuses techniques hypnotiques de manière efficace sans l'induction formelle de la transe pendant tout le traitement du TDI. On peut suggérer aux patients de les utiliser en dehors du cabinet du thérapeute. Dans la phase 1 du traitement, les techniques autohypnotiques sont tout

particulièrement un appoint pour induire la relaxation, pour permettre au patient de mettre en place et d'utiliser le lieu de sécurité en vue de se calmer, pour faire disparaître différents symptômes pour aider à vivre des humeurs dysphoriques par l'utilisation des suggestions qui renforcent le moi, en procurant de meilleures compétences d'adaptation, en créant une compétence dans l'ancrage dans le présent via l'utilisation d'hypnose active à l'état d'alerte, et ainsi de suite. Pendant les phases qui suivent, on peut penser à des compétences autohypnotiques supplémentaires comme la rétention des souvenirs traumatiques et l'utilisation d'un lieu interne visualisé comme un « lieu de rencontres » qui permet aux identités de discuter des aspects de préoccupations au jour le jour et de résoudre des problèmes.

Les cliniciens devraient être au courant de controverses actuelles concernant l'usage de l'hypnose dans le traitement du trauma, en particulier concernant l'usage de techniques facilitées par l'hypnose pour explorer les aires d'amnésie ou pour explorer plus avant des images fragmentaires ou des réminiscences (Brown et al., 1998). Les autorités qui soutiennent l'hypnose dans ces indications signalent la rémission de matériel qui a pu être vérifié plus tard (Kluft, 1995) et le progrès thérapeutique souvent atteint via des techniques hypnotiques. Les détracteurs argumentent que le travail de mémoire facilité par l'hypnose risque d'augmenter les chances d'étiqueter par le fantasme la mémoire réelle. Cependant, il est probable que les devenirs cliniques non-désirés attribués à l'hypnose résident plus souvent dans des répliques erronées et autres mauvaises utilisations de l'hypnose plutôt que dans la modalité de l'hypnose elle-même. Il est évident que des interventions suggestives comme des questions qui induisent en erreur, plutôt que l'utilisation de l'hypnose elle-même donne lieu à des distorsions de mémoire (Scoboria, Mazzoni et Kirsch, 2006) spécialement dans des populations hautement hypnotisables (Mc Conkey, 1992). Comme d'autres interventions, l'hypnothérapie devrait être utilisée avec une formation adaptée à la fois dans la modalité elle-même et dans son usage spécifique avec les patients traumatisés et dissociatifs.

En plus d'être très hypnotisables, certains patients souffrant de TDI peuvent être très « prompts aux fantasmes » (Lynn, Rhue & Green, 1988). Une minorité peut être comme cela, bien que plusieurs études préliminaires suggèrent que la plupart des patients souffrant de TDI ne sont que modérément enclins aux fantasmes (Williams, Loewenstein & Gleaves, 2004).

Néanmoins, il reste une préoccupation sur le fait qu'au moins certains patients TDI soient vulnérables à la confusion entre le fantasme et le souvenir authentique et/ou entre les expériences erronées dans le monde intérieur des personnalités et les événements de la réalité extérieure que l'hypnose soit activée ou non (Kluft, 1998)/ Donc les thérapeutes qui utilisent l'hypnose de manière exploratoire devraient réduire au maximum l'usage de questions suggestives et éviter les pressions qui peuvent potentiellement modifier les détails de ce qui est rappelé en hypnose. L'hypnose peut aussi « abandonner » des patients, qui font preuve d'une incroyable confiance, dans le matériel venu au jour dans des états hypnotiques, ce dernier aspect est à la base du consentement éclairé spécifique en vue de diminuer une confiance excessive et qui ne convient pas ici (Cardena, Maldonado, 2009).

Les thérapeutes qui introduisent l'usage de l'hypnose - ou de n'importe quelle technique autre - spécialisée devraient obtenir le consentement éclairé du patient concernant les possibles bénéfiques, limitations, risques et controverses actuelles concernant la technique en question. Le consentement éclairé devrait inclure aussi les limites possibles à la permissivité d'un témoignage dans des instances légales concernant les souvenirs obtenus sous hypnose sur base des statuts et des règles en vigueur dans les juridictions dans lesquelles le thérapeute exerce (American Society of Clinical Hypnosis).

### ***G. l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)***

L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) a été développée en 1989 et a été rapidement reconnue comme facilitant la résolution rapide des souvenirs traumatiques dans les cas d'ESPT non compliqués, entre autres. Cependant, l'utilisation précoce de l'EMDR standard pour des patients avec un TDI non connu pose des problèmes cliniques sérieux jusqu'à la création de brèches involontaires dans les barrières dissociatives, l'immersion, l'émergence abrupte d'identités alternantes non diagnostiquées et une déstabilisation rapide (Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 1995 ; Shapiro, 1995 ; Young, 1994). Le résultat de cela est que maintenant les cliniciens sont priés avec insistance d'évaluer tous les clients sur la présence et l'étendue de la dissociation avant d'introduire les procédures d'EMDR quel que soit le problème en présence. De plus, il y a un consensus actuel des experts que les protocoles EMDR originaux doivent être modifiés pour leur usage sûr et efficace avec le TDI (Beere, 2009 ; Fine, 2009 ; Forgash & Knipe, 2009 ; Gelinass, 2003 ; Paulsen, 2008 ; Twombly, 2005 ; Van der Hart et al., 2006)

L'EMDR a de nombreux bénéfices potentiels dans le traitement du TDI. Ils comprennent un faisceau d'interventions, sous forme d'un manuel, pour modifier les distorsions inspirées par le trauma dans la représentation de soi, en favorisant des liens pour tout ce qui concerne l'adaptation et en facilitant l'intégration du matériel traumatique travaillé au sein des identités alternantes (Fine, 2009 ; Gelinass, 2003 ; Twombly, 2005). L'EMDR augmente aussi le développement de nouveaux comportements en travaillant les expériences traumatiques du passé, leurs déclencheurs actuels et en développant de nouvelles ébauches des capacités et comportements désirés.

Les « Lignes directrices recommandées : un guide général à l'usage de l'EMDR dans les troubles dissociatifs » (dont les auteurs proviennent du groupe de travail sur les troubles dissociatifs et publiées dans Shapiro en 1995 et 2001) contiennent un certain nombre de recommandations. Ces lignes directrices recommandent que l'EMDR soit utilisé à l'intérieur d'une approche thérapeutique globale plutôt que comme un traitement unique. Si un trouble dissociatif est présent, seuls des cliniciens reconnus dans le traitement des troubles dissociatifs devraient utiliser des procédures EMDR et seulement après que le patient ait été préparé pour le travail du matériel traumatique par la voie de l'EMDR. Le processus EMDR est recommandé seulement lorsque le patient est stable d'une manière générale et a des compétences d'adaptation adéquates, suffisamment de coopération interne entre les identités alternantes et la capacité de maintenir une attention double nécessaire à la technique EMDR (Forgash & Knipe, 2008 ; Gelinass, 2003 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 1995 ; Twombly, 2005). Les contraindications à l'utilisation de l'EMDR sont : des relations abusives en cours, une opposition forte d'identités alternantes à la technique et des diagnostics comorbides sérieux tels que la psychose, l'abus de substances psychoactive et un trouble sévère du caractère.

L'EMDR modifié peut être une aide précieuse comme technique adjuvante dans le traitement du TDI. Paulsen (1995) et Lazrove et Fine (1996) et Twombly (2000) ont introduit des concepts sur la manière d'utiliser l'EMDR dans le traitement des troubles dissociatifs. Fine et Berkowitz (2001) ont présenté un modèle innovant adapté selon la phase qui utilise l'hypnotisabilité importante du patient souffrant de TDI pour alterner des techniques d'hypnothérapie et des techniques d'EMDR modifié. Cela permet au matériel traumatique d'être travaillé en toute sécurité et intégré à mesure que le patient est répétitivement restabilisé. Les techniques d'EMDR modifié incorporées à la trame globale du traitement orienté selon les phases peut être utilisé quand et où il est approprié de travailler sur le matériel traumatique spécifique, avec le potentiel de réduire les risques d'exposition prématurée et de suractivation face aux souvenirs traumatiques (Fine & Berkowitz, 2001 ; Forgash & Knipe, 2008 ; Gelinass, 2003 ; Paulsen, 2008 ; Twombly, 2005). Le manuel d'entraînement de l'institut EMDR (Shapiro, 2009) inclut maintenant diverses interventions EMDR dans les trois étapes de l'approche orientée selon les phases.

Les cliniciens ont adopté les interventions d'EMDR pour la réduction du symptôme, la contention, le renforcement du moi, le travail avec les identités alternantes et – quand c'est approprié – la négociation et la préparation des identités alternantes pour le travail d'EMDR modifié sur les souvenirs traumatiques. Ces diverses interventions comprennent : le travail avec les identités alternantes et la résolution de problème pendant le travail (Fine & Berkowitz, 2001 ; Forgash & Knipe, 2008 ; Gelin, 2003, 2009 ; Paulsen, 2008, 2009 ; Twombly & Schwartz, 2008) ; l'utilisation de l'installation et le développement de ressources de Korn et Leeds (2002) ; l'utilisation des protocoles pour restaurer l'orientation dans le temps présent et la sécurité (Knipe, 2009 ; Twombly, 2009a, 2009b) ; l'intégration des techniques hypnotiques dans les protocoles EMDR pour maintenir la stabilisation (Fine & Berkowitz, 2001 ; Twombly, 2000, 2005) ; et l'utilisation de l'EMDR pour le travail du « lieu de sécurité », le développement d'une tolérance pour l'affect et la sensation et la coopération interne entre les identités alternantes. Les compétences d'adaptation acquises au cours de ces interventions sont au début utilisées pour aider à la stabilisation mais peuvent aussi aider à gérer le travail de souvenirs traumatiques particulièrement effrayants ((Fine & Berkowitz, 2001; Paulsen, 1995 ; Twombly, 2005).

Il est essentiel de réduire les risques de brèche dans les barrières dissociatives et l'immersion lors de l'utilisation de l'EMDR avec les patients souffrant de TDI. Comme l'a noté van der Hart et al. (2006) : « ... le risque inhérent à l'usage de l'EMDR avec des individus traumatisés chroniquement est le fait que cela réactive trop de souvenirs traumatiques trop vite. » (p.327). A la différence de la procédure usuelle d'EMDR, le travail d'association (c'est-à-dire qui permet le travail d'association avec des souvenirs associés) est découragé chez les patients souffrant de TDI de manière à garder la quantité et l'intensité du matériel à un niveau gérable (Fine & Berkowitz, 2001 ; Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 1995 ; Twombly, 2005). A l'inverse, le souvenir ciblé devrait être techniquement isolé autant qu'il est possible. Diverses techniques ont été développées pour moduler l'intensité du travail EMDR en incluant l'abréaction fractionnée et la désensibilisation en série qui comprend le travail sur différents éléments de la mémoire détenus par des états du moi séparés ((Fine & Berkowitz, 2001 ; Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 2008 ; Rouanzoin, 2007).

D'autres modifications protectrices de l'EMDR pour le TDI comprennent le rythme et le type de stimulations bilatérales alternées avec des patients hautement dissociés. Beaucoup de cliniciens voient l'utilisation de séries d'SBA plus courtes (Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 1995 ; Wesselman, 2000) et des SBA auditives ou tactiles comme étant mieux tolérées par les patients dissociatifs que les mouvements oculaires (Bergmann, 2008 ; Forgash & Knipe, 2008). Des séances plus longues peuvent être nécessaires non pour exposer les patients à un matériel plus traumatique mais plutôt pour leur permettre de travailler et d'intégrer le matériel à un rythme qu'ils peuvent tolérer et restabiliser le patient avant la conclusion de la séance (Van der Hart et al., 2006). Les cliniciens devraient être conscients que le travail d'un souvenir pour les patients souffrant de TDI à l'intérieur de la plupart des séances EMDR sera vraisemblablement incomplet. Le besoin de revisiter des souvenirs cibles et de les retravailler peut représenter soit l'étape suivante naturelle - à laquelle il faut se consacrer dans le fractionnement de la mémoire - soit la capacité nouvellement acquise de travailler et d'intégrer les souvenirs précédemment intolérables, une capacité atteinte à cause du travail fait en thérapie jusque-là.

### ***H. Traitements par l'expression et de réhabilitation***

Les thérapies expressives et de réhabilitation font partie intégrante des traitements hospitaliers, de jour, résidentiels et ambulatoires pour les patients souffrant de TDI (Jacobson, 1994 ; E.S. Kluff, 1993). Des modalités telles que l'art-thérapie, la thérapie par l'horticulture, la tenue d'un journal, la thérapie par la musique, la thérapie par le mouvement, le psychodrame, la thérapie



occupationnelle, la thérapie récréative offrent au patient par des opportunités uniques l'occasion d'aborder une vaste gamme d'aspect de traitements dans un contexte soutenant et structuré.

Les arts créatifs et les thérapies par l'expression peuvent prendre place dans une dyade thérapeutique ou dans un dispositif groupal. Chaque modalité offre une forme alternative où les individus peuvent communiquer en toute sécurité leurs pensées et sentiments sous-jacents. Le travail non-verbal et ses produits (par exemple : le travail artistique, l'expression musicale, les séquences de mouvement, l'écriture, etc...) peuvent servir comme enregistrement visuel/écrit des vécus du système interne des identités alternantes et peut être examiné à n'importe quel moment du traitement. C'est une information vitale sur les stressors en cours, les déclencheurs, les aspects de sécurité, les vécus traumatiques anciens et les stratégies d'adaptation qui est souvent articulée sans mots longtemps avant que cela puisse être mis en mots, les thérapies par l'expression sont particulièrement utiles dans le processus de guérison. Les thérapies d'expression en groupe ou le traitement individuel facilitent la concentration améliorée, la pensée basée sur la réalité, l'organisation interne et la coopération, la compétence à la résolution de problèmes. Les thérapies créatives peuvent favoriser l'insight, sublimant la rage et d'autres sentiments intenses, le travail au travers des vécus traumatiques et peut aider à la finalité de l'intégration. Beaucoup de thérapeutes trouvent que les dessins ou la tenue d'un journal sont des voies d'entrée utiles pour la psychothérapie en cours, en plus de la clarification obtenue sur certains aspects diagnostiques.

Les séries de dessins diagnostiques (DDS) créées par Cohen, Mills & Kijak (1993) est une des évaluations artistiques standardisées qui peut aider dans le diagnostic différentiel du TDI. Sa spécificité pour l'utilisation avec les patients dissociatifs a été rapportée (Cohen & Mills, 1993). Les thérapies de réhabilitation y compris le versant occupationnel, l'horticulture et la récréation thérapeutique peuvent être spécialement précieuses pour l'amélioration globale des patients souffrant de TDI. Au travers des évaluations fonctionnelles en cours et l'apport de tâches/artisanat structurés on apprécie la capacité du patient à réaliser des activités d'une manière cohérente et adaptée à leur âge. Les évaluations par la thérapie occupationnelle peut aussi fournir des données sur la vie quotidienne, l'hygiène personnelle, la préparation des repas, la gestion de l'argent, le travail, l'école, les loisirs et le temps libre et la vie sociale qui peuvent être affectés péjorativement par les symptômes dissociatifs. Les thérapeutes par l'expression et la réhabilitation qui travaillent avec des patients hospitalisés, qui séjournent plein temps ou à temps partiel et les dispositifs ambulatoires sont des cliniciens qui classiquement ont un niveau de maîtrise ou doctoral et sont diplômés et/ou répertoriés dans leurs discipline respectives ; ils peuvent aussi avoir des licences dans le champ de la santé mentale. Bien que les patients amènent des travaux artistiques en séances et/ou que les cliniciens puissent leur demander à l'occasion de réaliser des œuvres d'art comme partie de l'arsenal thérapeutique, l'usage formel des thérapies par l'expression devrait être pratiqué par des cliniciens qui ont reçu une formation adéquate et une certification.

### ***I. Psychothérapie sensori-motrice***

Le traitement du TDI est compliqué par la large variété des perturbations dans la sensation, la perception, la régulation autonome et le mouvement. La psychothérapie sensorimotrice combine la thérapie verbale traditionnelle avec des interventions centrées sur le corps qui ont pour visée les symptômes dissociatifs neurobiologiques et somatoformes du trauma (Ogden et al., 2006). Les interventions somatiques directes aident le patient à regagner la capacité de moduler les états corporels dysrégulés qui contribuent à la dissociation. Si le corps de la personne est un tout partagé par les identités, la psychothérapie est de manière inhérente

intégrative et évite la péjoration iatrogène de la dissociation de la personnalité. L'attention portée au mouvement et à la sensation du corps peut renseigner le thérapeute sur les traumas du passé et les postures, gestes et expressions caractéristiques de chaque identité comme des changements dans leurs modalités d'apparition. Alors que les signes physiologiques et somatiques sont souvent les premiers signes de passage, les interventions sensorimotrices alertent le patient sur les signes qui peuvent devenir des instruments pour atteindre le contrôle sur le passage. L'utilisation de la psychothérapie sensorimotrice dans le traitement du trauma dans le TDI orienté par phases nécessite une compréhension de leur mode d'intervention sur le niveau corporel pour chaque stade de traitement : découvrir les ressources qui facilitent la stabilité et qui réduisent les symptômes en phase 1, protéger la stabilité globale du patient lorsqu'on travaille l'accomplissement d'actions et l'intégration du souvenir traumatique en Phase 2 et apprendre les actions qui promeuvent plus avant l'intégration et l'adaptation à la vie normale en phase 3. L'insistance sur l'utilisation de « la pleine conscience dirigée », la psychothérapie sensorimotrice peut faciliter la restauration d'un soi témoin et donc peut aider les patients à identifier les caractéristiques dans le moment présent des identités. A la différence de la plupart des thérapies centrées sur le corps, la psychothérapie sensorimotrice inclut l'usage du toucher comme une option mais n'est pas une approche faite avec les mains, en la rendant appropriée pour les clients qui souffrent de troubles dissociatifs et facile à intégrer aux modèles psychothérapeutiques plus traditionnels. Cependant, cette approche doit être introduite soigneusement et minutée en raison des phobies extrêmes que présentent de nombreux patients souffrant de TDI en ce qui concerne leur corps et le contact physique. Les cliniciens devraient être bien rôdés dans le modèle du traitement du TDI en fonction du stade avant d'essayer d'utiliser les interventions de la thérapie sensorimotrice.

### ***J. La thérapie électroconvulsive***

On n'a pas démontré que la sismothérapie est un traitement efficace ou approprié pour les troubles dissociatifs mais cela peut être utile dans le soulagement d'une dépression réfractaire surajoutée à un TDI (Bowman & Coons, 1992 ; DeBattista, Solvason & Spiegel, 1998), la dépression double qui peut être décrite comme un épisode dépressif majeur qui se superpose à une dépression chronique de base (Klein, Taylor, Harding & Dickstein, 1988). Dans la double dépression accompagnant le TDI, les traits mélancoliques et/ou psychotiques sont les plus pertinents pour prédire la réponse aux électrochocs. Comme d'autres patients qui reçoivent des électrochocs, un sous-groupe de patients souffrant de TDI ont une perte permanente significative de la mémoire autobiographique et des troubles de la mémoire courante après le traitement par électrochocs qui se surajoutent (et peuvent être difficiles à différentier) de l'amnésie dissociative chronique complexe.

Le consentement informé pour la sismothérapie dans le TDI devrait tenir compte de ces aspects et être obtenu par le psychiatre traitant.

### ***K. Les interviews facilitées pharmacologiquement***

Avant le développement des outils cliniques et d'évaluation psychométrique, les interviews sous hypnose et/ou les interviews facilitées pharmacologiquement – le plus souvent en utilisant l'amobarbital (Amytal) – ont été utilisées pour aider au diagnostic et au traitement du TDI, autant que pour le diagnostic différentiel et le traitement des troubles de conversion aigus et de l'amnésie dissociative généralisée (Naples & Hackett, 1978).

Cependant, l'usage de l'amobarbital et d'autres médicaments analogues est aléatoire potentiellement chez certains patients et les effets secondaires comprennent la dépression respiratoire, la sédation, l'hypotension, la perte de la coordination et des réactions allergiques.

Aux Etats-Unis, les standards habituels par la commission de contact considèrent les interviews facilitées pharmacologiquement comme de la « sédation consciente ». Selon eux, ces techniques ne peuvent être pratiquées qu'à l'hôpital avec la surveillance nécessaire et les standards de sécurité en usage dans le département d'anesthésie de l'hôpital. D'autres pays peuvent avoir des règles administratives qui sont différentes, et d'ailleurs ces techniques sont aussi assez rares hors des Etats-Unis. Donc, aujourd'hui, les interviews facilitées pharmacologiquement sont rarement pratiquées dans le diagnostic et le traitement du TDI.

## **V. Aspects particuliers du traitement**

### ***A. Consentement éclairé***

Les cliniciens devraient être conscients des aspects éthiques, légaux et cliniques en lien avec le consentement éclairé dans les traitements de santé mentale et pour le traitement du TDI en particulier et ils devraient prendre des précautions pour l'obtenir de manière adéquate selon les habitudes de soins qui prévalent là où ils exercent (Brown et al., 1997 ; Courtois, 1999 ; Gutheil & Applebaum, 2000).

En plus, les cliniciens devraient s'informer sur les aspects spécifiques que sont devenus des préoccupations importantes à cause des controverses récentes sur le traitement du trauma et ils devraient d'ailleurs discuter de ces points avec les patients très tôt dans le traitement.

Les patients peuvent être préoccupés, vivre un grand inconfort ou même se sentir trahis s'ils font les premiers la rencontre des controverses dans les médias, à l'école, dans les lieux de soins ou de la part de personnes sceptiques de leur vie quotidienne. Ces aspects controversés comprennent notamment l'étiologie sociocognitive contre l'étiologie traumatique du TDI, le débat sur l'existence du rappel différé des vécus traumatiques, la possibilité que la thérapie puisse produire des souvenirs fabulés d'événements qui ne se sont pas produits, les distorsions potentielles, le doute concernant des souvenirs via l'hypnose et la régression et la dépendance accrue pendant le traitement. Même un traitement bien conduit du TDI peuvent provoquer des régressions temporaires lorsque les patients sont aux prises avec la compréhension de leurs symptômes, la question des limites au cours du traitement, les aspects relationnels et les souvenirs et émotions concernant les vécus traumatiques. Les thérapeutes expérimentés tentent de limiter la durée et la sévérité de ces régressions temporaires et informer les patients de cette possibilité avant d'aborder le souvenir du trauma. Le thérapeute peut alors déployer des stratégies pour aider à limiter la durée et la sévérité de ces régressions temporaires dues aux traumas comme à donner aux patients un plus grand sens de la prédictibilité et du contrôle durant le traitement. Il est évident qu'un consentement éclairé soigneux et l'information des patients concernant la fiabilité des souvenirs retrouvés pendant l'hypnose et durant le traitement du trauma peuvent aider les patients à évaluer les souvenirs qui émergent pendant le traitement et ne pas les considérer différemment de ceux dont ils se souviennent dans d'autres circonstances (Cardena, Maldonado et al., 2009)

### ***B. Aspects des limites dans la psychothérapie du TDI***

Les victimes d'abus infantile ou négligence – comme les personnes avec TDI- ont souvent grandi dans des situations où les frontières personnelles ont été franchies. Dans la thérapie de telles personnes, il y a un potentiel significatif pour les actualisations des violations des limites. Il faut insister : les thérapeutes doivent être très prudents, précautionneux, et réfléchis sur les aspects de la relation, y compris la nécessité de définir clairement les rôles, les règles, les

attentes, les droits et les autres éléments de la trame thérapeutique et de la relation thérapeutique.

Les réactions transférentielles et contre-transférentielles avec les patients souffrant de TDI et de TDNAS sont complexes et changeantes et doivent être méticuleusement traitées. En général, les changements impulsifs et subits dans les limites ou la trame du traitement devraient être évités dans le traitement du TDI. La consultation d'un expert peut aider dans l'anticipation et la gestion des dilemmes cliniques en lien avec la question des limites. Une discussion de ces aspects peut être trouvée ailleurs (voir Dalenberg, 2000 ; Davies & Frawley, 1994 ; Loewenstein, 1993 ; Pearlman & Saakvitne, 1995 ; Wilson & Lindy, 1994).

Les questions de limites peuvent survenir à n'importe quel moment dans le traitement du TDI et la négociation et la discussion de ces aspects devraient avoir lieu autant que nécessaire. La plupart des experts sont d'accord que le patient a besoin d'une formulation explicite au début du traitement sur les frontières thérapeutiques qui peuvent comprendre certains ou tous les aspects suivants : durée et horaire des séances, arrangements de paiement et prix, utilisation de l'assurance santé, confidentialité et sa limite, disponibilité du thérapeute entre les séances, rôle respectif et responsabilité du patient et du thérapeute, gestion des crises entre les séances, procédures si l'hospitalisation est nécessaire, plan horaire du patient et quelles sont les personnes qui y ont accès, contact physique entre le thérapeute et le patient, implication de la famille du patient ou d'autres personnes significatives dans le traitement et encore d'autres sujets. Une discussion plus importante de ces caractéristiques peut être trouvée ailleurs (Chu, 1998 ; Courtois, 1999).

A certains moments du traitement, les patients souffrant de TDI peuvent être sujets à des crises et ils auront besoin d'une information claire, idéalement procurée à l'avance, sur la disponibilité du clinicien et d'autres ressources vers lesquelles se retourner en cas d'urgence. Comme règle générale, l'offre d'un contact téléphonique régulier ou sans limite n'aide pas et peut même amener des régressions. Mais, il peut y avoir des périodes où il est essentiel de procurer une disponibilité supplémentaire à un patient en crise, mais alors sur une base prédéfinie. La politique d'honoraires pour le contact téléphonique devrait être discutée avec le patient à l'avance, si possible.

Les requêtes ou même les tentatives des patients souffrant de TDI pour étendre ou modifier les « paramètres » de la thérapie sont très communs, spécialement de la part des identités alternantes « jeunes » ; les thérapeutes doivent évaluer soigneusement les implications et l'effet potentiel de telles requêtes avant de faire un quelconque changement dans les limites usuelles et habituelles du traitement. Les cliniciens expérimentés maintiennent en général les limites cohérentes avec toutes les identités alternantes, quel que soit l'âge développemental.

Le patient souffrant de TDI peut plaider fortement pour certains changements dans les limites ou le schéma de traitement, faisant des demandes à répétition ou faisant une pression indirecte pour que le thérapeute fasse de tels changements. Les cliniciens devraient alors considérer de telles situations comme des opportunités pour explorer un matériel clinique important plutôt que d'apporter de fait des changements à la structure du traitement. A titre d'exemple, les efforts pour changer les limites peuvent représenter une pression inconsciente pour réactualiser des violations précoces des frontières par des personnes importantes de l'entourage, provoquant un conflit parmi les identités alternantes qui souhaitent éprouver la fiabilité du thérapeute ou une tentative de compenser des besoins infantiles auxquels on n'a pas répondu.

Le traitement ambulatoire devrait prendre place seulement dans le bureau du thérapeute ou dans un lieu adéquat dans une unité de soins hospitaliers, en tant que partie intégrante de l'observance à un schéma de traitement bien élaboré. Même en temps de crise, il n'est pas adéquat pour un patient d'aller au domicile du thérapeute et il n'est pas sain que le thérapeute ou les membres de la famille du thérapeute ait des contacts avec le patient ou la famille du patient. Le traitement a lieu habituellement en face à face. L'utilisation du divan analytique est

acceptable uniquement pour des patients convenablement évalués et par des thérapeutes qui ont terminé leur formation psychanalytique. Le traitement devrait avoir ordinairement lieu à des temps prévisibles avec une durée de séance prédéterminée et malgré les difficultés du traitement, les cliniciens devraient s'efforcer en général de terminer les séances à l'heure prévue.

S'engager dans une relation personnelle de quelque nature avec un patient souffrant de TDI, comme avec n'importe quel survivant de maltraitance infantile, même quelque temps après la fin du traitement, n'est pas recommandable et même fortement déconseillé, même si cela semble possible selon les codes de l'organisation professionnelle du thérapeute et selon les lois et règlements locaux.

### *Contact physique avec le patient*

Le contact physique avec un patient n'est généralement pas recommandé comme « technique » de traitement. Les thérapeutes généralement doivent explorer les significations du patient pour les accolades ou tenir la main, par exemple, plutôt que de satisfaire par soi-même à ces demandes. Les techniques de « reparenting » (re-parentification) comme une étreinte soutenue, l'alimentation simulée par la poitrine ou le biberon, etc... sont cliniquement inappropriée et des comportements indûment régressifs qui n'ont pas de rôle dans la psychothérapie du TDI. Certains thérapeutes pensent que le contact physique limité peut être approprié lorsque le patient est très stressé ou est débordé, comme lorsque le patient revit intensément une expérience très perturbante comme en phase 2. Si cela est discuté préalablement et spécifiquement avec le patient, c'est-à-dire par exploration complète avec le système entier d'identité alternante – un contact physique limité, comme tenir très brièvement la main du patient ou déposer une main sur le bras du patient, peut aider le patient à être connecté à la réalité du présent. Cependant, d'autres thérapeutes pensent que même ce contact doit être évité parce que ces patients peuvent mal interpréter l'intention du geste ou sa signification basée sur un trauma interpersonnel du passé ou des distorsions causées par des intenses flashbacks ou des souvenirs d'expériences traumatiques.

Certains patients peuvent rechercher une thérapie par massage ou d'autres types de « travail corporel » ; les risques, les bénéfices et le timing d'une telle décision devraient être soigneusement discutés avec le patient en explorant l'impact sur le système entier de l'identité alternante. Certains patients souffrant de TDI ont trouvé ces interventions aidantes, particulièrement lorsque le thérapeute adjuvant connaît quelque chose des aspects du trauma et est prudent sur la question des limites de la personne. D'autres ont vécu des symptômes sévères intrusifs de l'ESPT, le passage et la désorientation lorsqu'ils sont touchés pendant le massage ou n'importe quelle technique incluant le contact physique.

Le contact sexuel avec un patient souffrant de TDI actuel ou ancien (comme avec n'importe quel patient) n'est jamais approprié ou éthique

### ***C. Validité des souvenirs des patients d'abus sexuel***

Fréquemment, les patients souffrant de TDI décrivent une histoire d'abus débutant dans l'enfance. Bien que beaucoup entrent en thérapie en ayant un souvenir d'expériences abusives de l'enfance, la plupart retrouvent des souvenirs d'événements abusifs préalablement oubliés et/ou des détails supplémentaires de souvenirs partiellement remémorés. De telles réminiscences surviennent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des séances de thérapie. Fréquemment, des nouvelles réminiscences de trauma précèdent ou précipitent l'entrée du patient en psychothérapie (Chu, Frey, Ganzel & Matthews, 1999). Les souvenirs qui sont « retrouvés », c'est-à-dire oubliés puis récupérés par la suite peuvent être souvent corroborés et ne sont pas plus probablement imaginés que les souvenirs toujours présents (Dalenberg, 1996,

2006 ; Kluft, 1995, 1997 ; Lewis et al., 1997). Un nombre de sociétés professionnelles ont fait des constatations circonstanciées concernant les souvenirs d'abus retrouvés (American Psychiatric Association, 1993, 2000b ; Australian Psychological Association, 1994 ; British Psychological Society, 1995). Ces rapports concluent tous qu'il est possible pour des souvenirs précis d'abus d'avoir été oubliés pendant un long temps, et de seulement s'en souvenir beaucoup plus tard dans la vie. Ils indiquent aussi qu'il est possible que certaines personnes puissent construire des pseudo-souvenirs d'abus et que les thérapeutes ne peuvent pas savoir si l'étendue des souvenirs de quelqu'un sont justes en absence de corroboration externe, ce qui peut être difficile voire impossible d'obtenir vu le temps qui est passé. Le souvenir des patients TDI d'expériences d'abus sexuel peuvent à certains moments mélanger des séries d'événements réels avec des fantasmes, des détails inventés, la rationalisation des événements de l'abuseur et les condensations de nombreux événements. La discussion complète sur la controverse au sujet de ces aspects peut être trouvée ailleurs (Brown et al., 1998 ; Courtois, 1999 ; Dallam, 2002 ; Freyd, 1996 ; Pope, 1996).

La thérapie n'est pas bénéfique ni si le clinicien déclare automatiquement aux patients que leurs souvenirs doivent être faux ou qu'ils sont justes et doivent être crus. Le thérapeute n'est pas un enquêteur et ne devrait pas être impliqué dans le fait de prouver ou ne de pas prouver l'histoire traumatique du patient. Bien plus, les thérapeutes doivent prendre des précautions, quelles que soient leur convictions théoriques, de ne pas perdre de vue la vulnérabilité du patient à se faire à l'autorité du thérapeute dans la relation psychothérapeutique, et à ce titre la production de souvenirs en est un aspect. Une position neutre, respectueuse du côté du thérapeute combinée avec le soin d'éviter toute technique d'entretien suggestif ou directif en même temps qu'une discussion continue et de l'information sur la nature du souvenir semblent permettre aux patients la plus grande liberté pour évaluer la véracité et l'import de leurs souvenirs.

Bien que les thérapeutes ne soient pas responsables de déterminer la véracité des souvenirs du patient, il peut être thérapeutique, à certains moments, de communiquer leur opinion professionnelle (Van der Hart & Nijenhuis, 1999). Par exemple, si un patient a développé une croyance bien étayée que ses souvenirs sont authentiques, le thérapeute peut soutenir cette croyance si elle apparaît crédible et cohérente avec l'histoire du patient et la présentation clinique. A contrario, si le thérapeute a développé une croyance bien étayée et sérieuse que les souvenirs du patient sont faux, cela peut être important de verbaliser cette opinion et de fournir l'information au patient, par exemple concernant ce qui est vague dans le souvenir et son rappel, la présence de la pensée délirante, etc. La croyance du thérapeute ne devrait pas être partagée avec les patients d'une manière ou à un moment qui exclut la discussion et ne respecte pas la croyance potentiellement différente du patient. Les patients souffrant de TDI souvent ont des sentiments mélangés et sont incertains sur leurs souvenirs, avec les identités alternantes différentes prenant différents points de vue, en fonction de leur perspective développementale et leur fonction dans le système global d'identité. En fonction de cela, il est très utile pour le thérapeute d'aider les identités alternantes à explorer ces conflits et des points de vue différents plutôt qu'un versant de l'une d'entre elles. Le thérapeute peut aider à éduquer le patient sur la nature du souvenir autobiographique (par exemple, il est généralement considéré comme reconstruit plutôt que photographique) et sur les facteurs qui peuvent rendre confus le souvenir et de la manière dont cela peut influencer le récit d'un souvenir donné. Dans les premiers temps du traitement – quand il y a une grande confusion sur les souvenirs – le thérapeute devrait avoir de la considération pour l'atmosphère thérapeutique de façon à ne pas aboutir à une fermeture prématurée sur le matériel mémoriel, donnant l'assurance que certains aspects peuvent toujours être revus à nouveau plus tard, par exemple, après qu'une intégration progressive ait amélioré l'accès du patient ainsi que sa capacité à évaluer plus clairement l'information dissociée auparavant.

## ***D. Abus organisé***

Une minorité substantielle de patients souffrant de TDI font état d'abus sadique, d'exploitation, de coercition aux mains de groupes organisés. Ce type d'abus organisé victimise les individus via le contrôle extrême de leurs environnements dans l'enfance et implique fréquemment plusieurs agresseurs. Il peut être organisé autour des activités de réseaux pédophiles, de la pornographie infantile ou dans les cercles de prostitution infantile, divers groupes « religieux » ou cultes, des systèmes de famille multi-générationnels et des réseaux de trafic et de prostitution d'humains. L'abus organisé incorpore fréquemment des activités qui sont sexuellement perverses, horribles et sadiques et peuvent impliquer la coercition sur l'enfant comme témoin ou participant à l'abus d'autres. Le soin parental approprié et l'éducation est très souvent un facteur de protection contre l'implication dans l'abus organisé et ce sont donc les personnes élevées dans des orphelinats ou certaines institutions qui peuvent être particulièrement vulnérables à des abus répétitifs de la part de plusieurs agresseurs. L'abus organisé est classiquement décrit comme de longue durée et il n'est pas inhabituel que les victimes relatent, alors qu'elles sont en traitement, qu'elles font toujours l'objet d'exploitation de la part d'un ou plusieurs agresseurs. Tout particulièrement dans cette population, le clinicien devrait prendre en compte la possibilité que le patient soit l'objet d'un abus toujours en cours ou ait renoué contact avec ses abuseurs au cours du traitement, souvent signalé par un changement inexplicable dans l'alliance thérapeutique ou une modification abrupte dans la trajectoire de l'amélioration.

Les victimes d'abus organisé – particulièrement de l'abus continu – sont ceux parmi les plus traumatisés des patients dissociatifs. Ils sont le plus enclins à s'autodétruire et à de sérieuses tentatives de suicide, apparaissent très souvent pris dans des attachements très ambivalents vis-à-vis de leurs agresseurs et présentent souvent des formes complexes de TDI. Certains de ces patients très traumatisés présentent une amnésie marquée pour une grande part de leur abus et l'histoire de l'abus organisé n'émerge qu'en cours de traitement. Il y a divergence d'opinion parmi les spécialistes concernant les origines des récits du patient des vécus d'abus semblant bizarres comme l'implication dans un abus rituel « sataniste », occultiste organisé ou dans des expériences de contrôle de l'esprit sponsorisées secrètement par le gouvernement. Certains cliniciens croient que les récits des patients de telles circonstances peuvent trouver leurs racines dans des événements extrêmement sadiques d'abus organisés vécus par ces patients dans l'enfance alors que d'autres cliniciens croient que les patients se souviennent avec des erreurs de leur vécu réel d'événements extrêmement sadiques. Ils pensent que les événements effectifs sont tordus et amplifiés par l'âge du patient et l'état de traumatisme au moment de l'abus, et parfois par des tentatives délibérées par les abuseurs de décourager, intimider ou déborder émotionnellement leurs victimes.

Mais d'autres cliniciens croient que des explications alternatives – comme la contagion, des élaborations défensives inconscientes, des fausses mémoires, délires ou confabulations délibérées – peuvent suffire à expliquer les récits de patients. Les cliniciens qui considèrent de tels récits invariablement historiquement faux ou historiquement vrais peuvent diminuer la probabilité d'exploration par le patient lui-même de tels souvenirs. A mesure que les patients deviennent plus intégrés et moins dissociés, ils peuvent devenir de plus en plus capables de fournir des éclaircissements sur l'acuité relative de leurs souvenirs. Voir Fraser (1997), pour une discussion nuancée de la présentation de l'abus rituel.

## ***E. Publications et interactions avec les médias***

Les médias et le public ont une histoire de fascination avec le TDI. Car lorsqu'ils composent une histoire, les journalistes recherchent habituellement chez un sujet diagnostiqué à donner un

aspect d' « intérêt humain » à leur histoire. Donc, les cliniciens travaillant avec le TDI peuvent se trouver eux-mêmes approchés par les media leur demandant de leur procurer un patient souffrant de TDI pour réaliser une interview.

Les apparitions de patients dans des lieux publics avec ou sans leurs thérapeutes, spécialement lorsque des patients sont stimulés à exhiber des phénomènes du TDI comme le passage, peuvent être une exploitation du patient consciente ou inconsciente et peut interférer avec la thérapie en cours. C'est pourquoi, il est généralement conseillé aux thérapeutes de décourager les patients à « aller en public » avec leur maladie ou leur histoire et conseillé d'explorer à fond les fantasmes du patient et ses motivations sur les révélations publiques de ce genre. Il est utile de donner l'information que, en général, les patients qui se sont fait connaître aux médias ont eu des expériences hautement négatives, se retrouvant souvent avec le sentiment d'avoir été exploités, violés ou traumatisés.

### *F. Aspects spirituels, religieux et philosophiques du patient*

Comme d'autres victimes de trauma par une organisation humaine, les patients TDI peuvent être aux prises avec des questions de responsabilité morale, le sens existentiel de leur douleur, la dualité du bien et du mal, le besoin de justice et la confiance fondamentale dans la bienveillance de l'univers. Lorsque les patients amènent ces questions en traitement, les standards éthiques pour les différentes disciplines professionnelles soulignent le besoin de conduire le traitement sans imposer les valeurs aux patients, par exemple : le « pardon » aux abuseurs est commandé par Dieu ou que le devenir du traitement approprié se trouvera une issue dans la croyance du patient ou non à Dieu ou une Puissance Supérieure, (Association Américaine de Psychiatrie, APA, 1990). En effet, lorsqu'on explore soigneusement, il peut y avoir une série de croyances spirituelles ou religieuses selon les identités alternantes du patient souffrant de TDI. L'exploration des aspects existentiels et spirituels peut conduire à un approfondissement du travail thérapeutique. L'information et la coordination entre le thérapeute et le clergé peuvent apporter une aide à ce que les besoins spirituels et religieux du patient soient rencontrés. C'est une aide précieuse que de trouver des ministres du culte qui reconnaissent et soient sensibles aux questions spirituelles complexes surgies en raison du vécu du patient en raison du trauma extrême et de la trahison.

Bien que les patients puissent faire l'expérience de certaines parties d'eux-mêmes comme des démons – et à l'occasion des entités spirituelles positives comme les anges ou les saints – et ce qui n'est pas soi, les cliniciens devraient considérer ces entités comme des identités alternantes, non des êtres surnaturels. Les noms d'identités alternantes comme « diable », « satan » peuvent probablement refléter les stéréotypes concrets liés à la culture de leurs aspects du moi utilisant une terminologie religieuse plutôt que l'évidence d'une présence démoniaque. Des états du moi malencontreusement nommés peuvent aussi refléter spécifiquement un abus spirituel et/ou religieux comme un abus par le clergé et/ou la projection du blâme par l'abuseur. Par exemple, un enfant peut s'entendre dire que la punition est nécessaire parce qu'il ou elle est « possédé par le diable ». L'enfant peut encapsuler des comportements interdits et des affects dans une identité malencontreusement « autre », et ce faisant préserve le soi comme « bon ». Les thérapeutes devraient examiner avec une extrême précaution le désir des patients souffrant de TDI ou les autres autour d'eux, de subir un rituel d'exorcisme.

De tels rituels d'exorcisme n'ont pas été démontrés comme efficaces pour « supprimer » les identités alternantes, malgré la disparition apparente (dissociation du reste des identités alternantes) des identités « démoniaques » pendant l'exorcisme.



Des effets néfastes d'exorcismes rituels menés en dehors de la psychothérapie ont été trouvés dans 2 échantillons des patients souffrant de TDI, qui les ont vécus. Certains membres du groupe de travail des lignes directrices ont noté que, dans de rares cas, les rituels d'exorcisme peuvent procurer une voie pour certains patients de réarranger les images de leurs systèmes d'identité d'une manière culturellement syntonique (Bowman, 1993 ; Fraser, 1992 ; Rosik, 2004). D'autres membres du groupe de travail ne pensent pas que l'exorcisme soit jamais une intervention appropriée pour les patients souffrant de TDI.

Ignorer les préoccupations religieuses et spirituelles des patients souffrant de TDI n'est pas recommandé. Les thérapeutes qui se sentent incapables de traiter ces matières peuvent adresser leurs patients au clergé formé à travailler avec des personnes sévèrement traumatisées et communiquer avec le clergé pour coordonner les approches de traitement (Bowman, 1989 ; Bowman & Amos, 1993 ; Rosik, 1992).

### ***G. Les patients souffrant de TDI comme parents***

Les patients souffrant de TDI ont montré une large palette de compétence comme parents – d'exemplaires à abuseurs (Kluft, 1987c). Les cliniciens devraient être conscients du potentiel pour un parent souffrant de TDI d'être négligent ou abusif particulièrement lorsqu'il est dans des états dissociatifs ou dus aux problèmes de l'existence associés avec ce trouble (par exemple la dépression, la peur d'être assertif). L'abus et la négligence peuvent inclure de permettre aux enfants de se retrouver face à des membres de la famille abuseurs – aussi bien la famille d'origine du patient que celle des partenaires abusifs ou de soumettre des enfants à être témoin de la violence domestique ou des actes autodestructeurs, etc.

Le thérapeute devrait activement évaluer ces aspects et par après offrir de l'assistance pour le comportement de parent. Le travail sur la sécurité des enfants du patient devrait être une priorité absolue dans le traitement du patient adulte. Le patient peut avoir besoin d'une information étendue sur le comment fonctionner adéquatement comme parent, y compris le travail avec les identités alternantes qui dénie qu'ils sont des parents et/ou refusent de reconnaître les besoins de leurs enfants. Les patients doivent être encouragés d'être dans une identité au stade adulte lorsqu'ils sont avec leurs enfants, de ne pas passer ouvertement devant eux et de ne pas régresser dans des états d'identité infantiles afin de jouer avec eux. Lorsque c'est indiqué les enfants des patients souffrant de TDI devraient être évalués par un thérapeute de famille familier avec les troubles dissociatifs et les indicateurs d'abus infantile. D'autres interventions familiales, comme les séances de thérapie de couple et de famille en incluant les enfants du patient peuvent être indiquées. Cependant, une précaution devrait être prise dans l'information partagée avec les enfants mineurs à propos du diagnostic du patient souffrant de TDI, selon l'âge des enfants et leur développement cognitif et émotionnel.

A certains moments, selon la loi de l'état ou le domaine juridique concerné, le clinicien doit faire récit aux autorités de l'abus ou d'un abus possible d'enfants par le patient, les membres de la famille actuelle du patient, de la famille d'origine ou des agresseurs extra-familiaux. Le thérapeute devrait agir vigoureusement pour protéger les enfants du patient souffrant de TDI de l'abus ou de la négligence, même si cela signifie une rupture de la relation thérapeutique. En général, avoir le patient faisant le récit en même temps que le thérapeute peut provoquer une intervention clinique des plus recommandables pour le patient. Autant que possible, le patient (et son époux (se)/partenaire) devrait être avisé de cette possibilité ou nécessité à l'avance.

## **CONCLUSIONS**

L'information des « Lignes directrices » présente des principes en cours et en évolution qui reflètent le savoir scientifique actuel et le consensus clinique développé ces trente dernières

années en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du trouble dissociatif de l'identité. Etant donné que la recherche en cours sur le diagnostic et le traitement des troubles dissociatifs et d'autres problèmes liés comme le trouble de stress post-traumatique conduira à de nouveaux développements dans cette branche, on recommande aux cliniciens de continuer à consulter la littérature publiée pour intégrer de l'information nouvelle et importante. Il est fortement recommandé que les thérapeutes traitant le TDI et d'autres troubles dissociatifs aient une bonne formation dans leur diagnostic et traitement, comme dans les programmes disponibles par l'intermédiaire de la Société Internationale pour l'étude du Trauma et de la Dissociation.