

**Gina Rubini M.A. sexologue clinicienne et psychothérapeute en
collaboration avec Dr Édouard Beltrami, psychiatre et sexologue émérite**

Trauma, dissociation et neurothérapies

Résumé de conférence de l'ISI (Institut de Sexocorporel International)

6 septembre 2014

Montréal

Trauma, dissociation et neurothérapies

Depuis l'arrivée du DSM-5, il y a eu, selon plusieurs experts en trauma comme Bessel Van der Kolk(2013), une certaine amélioration dans les critères d'inclusion du Stress post-traumatique, cela malgré des réserves importantes de ne pas être allé assez loin. Cependant, une vaste majorité de notre clientèle souffrant de choc émotionnel ne répond pas à ces critères encore trop restreints dans le DSM5.

De plus, Kolk (1994-2014) décrit dans "The body keeps the score" comment le trauma est rejoué dans le corps passant par la douleur, l'anxiété, la dépression, les maladies etc. Le corps garde en mémoire les réactions physiologiques vécus lors du trauma. Si la personne ne pouvait pas libérer ces réactions physiologiques lors de l'événement, celles-ci restent prisonnières dans le corps jusqu'à ce qu'on les adresse par des approches corporelles, sensorimotrices et neurothérapeutiques comme le EMDR et non pas seulement verbales comme le décrit le psychiatre David Servan Schreiber dans son livre Guérir.

Aider le client à tolérer les réactions physiologiques vécus lors du trauma tout en restant dans son corps devient un but important. Nous savons que la plupart des stress post traumatiques génèrent une dissociation entre le corps et l'esprit (freeze ou fold response). Ce mécanisme de protection n'est pas efficace à long terme car à chaque fois que la personne se rappelle ou revit des parties de son trauma, son cerveau réagit de la même façon même lorsqu'il n'est plus en danger.

Voici un résumé de la présentation lors du congrès de Sexocorporel International (ISI) qui a eu lieu à Montréal le 6 septembre dernier. Le but de la présentation était de faire un survol rapide avec un angle différent du stress post traumatique, de la dissociation et des pistes de traitements. Nous avons comme objectif de faire connaître les facteurs de risque et de protection du stress post traumatique, de rappeler les particularités de la dissociation et les outils de mesure et d'informer sur les neurothérapies.

Trois types de stress traumatique

Kolk (2013) est très clair sur le fait que pour lui, il existe trois types de stress traumatique : le simple et le complexe et le mixte. Le simple comprend UN événement et un individu sans trouble de personnalité. Celui-ci aura des flashbacks, des réminiscences et des cauchemars. Au fMRI (Fonctionnel Magnetic Resonance Imaging), l'Amygdale est active. Il peut s'agir d'un trauma de guerre, un accident etc. Selon Francine Shapiro, fondatrice de l'approche EMDR en 1987, ce type de traumatisme peut se traiter par une séance en EMDR. Il est à noter que le processus thérapeutique peut comprendre plusieurs séances de préparation.

En ce qui concerne le stress traumatique complexe, il comprend de multiples traumas dans l'enfance ou des micros traumas qui selon la littérature ont un impact sur le développement des troubles de personnalité. Au fMRI, le cerveau frontal bloque la pensée logique tout comme si la personne était encore en grand danger. Les lobes frontaux inhibent tout pour laisser la place au système d'urgence soit le système sympathique et les hormones d'urgence comme le cortisol augmentent. La personne se retrouve en situation de stress même si le danger ne vient pas de l'extérieur. Le stress traumatique mixte est une combinaison des deux types. Il existe des

facteurs de risque et de protection avant l'événement, pendant l'événement et après l'événement.

Facteurs de risque et de protection du stress post traumatique

Facteurs de risque pré-existant l'événement	
<p>Sexe féminin (Comparer aux hommes, fréquence et sévérité du PTSD demeurerait plus grandes chez la femme)</p> <p>Antécédents de traumatisme ou jeune âge lors de l'événement traumatique.</p> <p>Maltraitance pendant l'enfance ou difficulté à s'adapter</p> <p>Antécédents de troubles psychiatriques</p> <p>Antécédents familiaux de troubles psychiatriques</p> <p>Milieu défavorisé, degré d'instruction peu élevé</p>	<p>Facteurs de protection pré-traumatique (avant l'événement)</p> <p>Stratégies de gestion du stress</p> <p>Personnalité résistante au stress</p> <p>Confiance en ses moyens de réagir</p> <p>Expérience antérieure ou formation adéquate</p>
Facteurs de risque péri-traumatique (pendant l'événement)	
<p>Nature du traumatisme (agression physique). Sévérité ou chronicité du traumatisme.</p> <p>Gravité des symptômes aigus ou de la réactivité physiologique (accélération de la fréquence cardiaque et réaction de sursaut).</p> <p>Épisode dissociatif au moment de l'événement traumatique.</p> <p>Impression d'impuissance ou de perte de maîtrise.</p> <p>Risque de mortalité</p>	<p>Facteurs de protection péri-traumatique</p> <p>Présence versus dissociation</p> <p>Soutien positif de l'entourage</p>
Facteurs de risque post traumatique (après l'événement)	
<p>Absence de soutien social.</p> <p>Absence d'un traitement précoce approprié ou inaccessibilité des services de santé.</p> <p>Honte, culpabilité ou manque d'assurance.</p> <p>Facteurs de stress secondaires liés au rétablissement (traumatisme secondaire).</p> <p>Facteurs de stress dans la vie quotidienne</p>	<p>Facteurs de protection post-traumatique</p> <p>Soutien social positif ex: « on me croit »</p> <p>Habitudes de vie saines ex: pas d'abus substances</p>

La Dissociation

Putnam (1997) indique : « *The escape when there is no escape* ». Ma traduction libre: **Une sortie lorsqu'il n'y a pas de sortie!**

Définition

Selon DSM-IV-TR (APA 2000): La dissociation est « **une rupture des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement** ». Selon Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) c'est un « *manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire.* »

Les causes

La cause la plus commune du développement d'un trouble dissociatif est l'abus répétitif physique, sexuel ou autre (e.g., Putnam, 1985). Dans un contexte de traumatismes chroniques et sévères dans l'enfance, la dissociation peut être considérée comme adaptative car elle réduit la détresse catastrophique créée par le trauma. Par contre, si la dissociation perdure à l'âge adulte, lorsque le danger primaire n'existe plus, cela est mal adapté. L'adulte dissocié pourrait déconnecter automatiquement lors de situations perçues comme dangereuses ou menaçantes sans prendre le temps de déterminer s'il y a effectivement un danger réel. Ceci laisse la personne en "absence" dans plusieurs situations de la vie courante sans capacité de se protéger elle-même lors de vrai danger.

La dissociation peut survenir lorsqu'il y a eu de la négligence sévère ou de l'abus émotionnel sans abus physique ou sexuel évident (Anderson & Alexander, 1996; West, Adam, Spreng, & Rose, 2001). Le manque de support d'un ou plusieurs membres de la famille est un élément important qui augmente le stress de beaucoup.

Les enfants peuvent devenir dissociés dans des familles où un parent qui fait peur, est non prévisible, dissocié lui-même ou donne souvent des messages contradictoires. (Blizard, 2001; Liotti, 1992, 1999a, b).

La prévalence

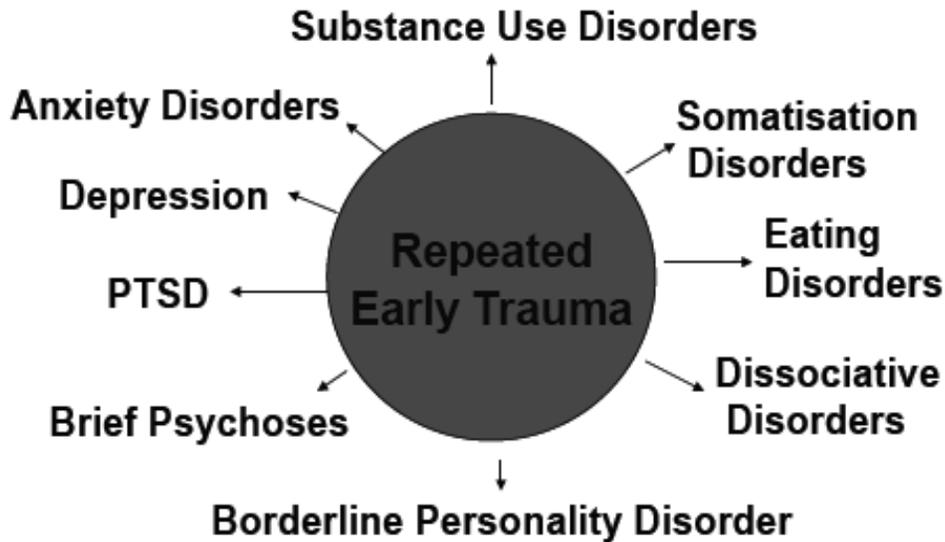
Après un événement traumatique: 73% des individus exposés à un incident traumatique feront l'expérience d'états dissociatifs dans les heures, journées et semaines ultérieures.¹

La prévalence estimée est de 10% pour tous les troubles dissociatifs confondus dans la population générale (e.g., Loewenstein, 1994).

Dans la revue *Depression and Anxiety* (2011), on indique que les troubles dissociatifs sont liés à un historique de trauma et à des mécanismes neuronaux spécifiques.

¹ International Society for the Study of Dissociation, 2002; Martinez-Toboas & Guillermo, 2000; Saxe, van der Kolk, Berkowitz, Chinman, Hall, Lieberg & Schwartz, 1993

Psychiatric Sequelae of Chronic Early Trauma



8/5/12 Chu, 1998

Voici un tableau résumé de l'impact des traumatismes répétés et chroniques dans l'enfance. Nous remarquons que plusieurs diagnostics psychiatriques sont fondés sur le développement de l'enfant. Kolk (2013) en fait une critique importante concernant le DSM-5. D'où l'importance des connaissances en neurosciences sur le développement de la personnalité.

Les neurothérapies

Le EMDR ([Eye Movement Desensitization and Reprocessing](#)) et le IMO ([Intégration par les Mouvements Oculaires](#)) ne sont pas des thérapies verbales. Celles-ci fonctionnent par le biais de la stimulation bilatérale. De plus, ces techniques stimulent la région du cerveau responsable entre autres de distinguer le passé du présent, le danger de la sécurité etc. Dr Marco Pagani (2012)², PhD Neurophysiologie et Médecine Nucléaire du cerveau, chercheur senior à l'Institut of Cognitive Sciences and Technologies, CNR en Italie, a fait plusieurs recherches sur l'EMDR. Il a trouvé qu'après la thérapie EMDR complétée, les événements traumatiques étaient intégrés au niveau cognitif. L'activation cérébrale durant les mouvements bilatéraux sont associés à une réduction significative des expériences émotionnellement négatives.

² *International scientific prizes: Winner of the Francine Shapiro Award 2011 for the best 2010 scientific contribution in EMDR field for the paper: Grey matter changes in posterior cingulate and limbic cortex in PTSD are associated with trauma load and EMDR outcome . Nardo D, Högberg G, D, Looi J, Larsson SA, Hällström T, Pagani M. J Psychiatr Res 2010; 44:477-485*

David Servan-Schreiber, psychiatre explique le principe : « *Si un événement douloureux a été mal "digéré" parce que trop violent, les images, les sons et les sensations liés à l'événement sont stockés dans le cerveau, prêts à se réactiver au moindre rappel du traumatisme. Le mouvement oculaire débloque l'information traumatique et réactive le système naturel de guérison du cerveau pour qu'il complète le travail.* »

EMDR

Francine Shapiro découvre l'effet bénéfique des mouvements oculaires au cours d'une promenade dans un parc en 1987 pendant qu'elle ruminait des pensées négatives. Depuis, elle a reçu des prix pour son apport à la profession. En 1994, elle reçoit le grand prix scientifique des États-Unis : l'Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology. Puis en 2002, elle reçoit le prix Sigmund Freud par l'Association mondiale de psychothérapie et par la ville de Vienne. L'organisation EMDRIA (EMDR Internationale Association) existe à travers le monde. (emdr.org)

La thérapie EMDR est maintenant reconnue comme efficace pour le traitement du stress post-traumatique, entre autres par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et APA, American Psychiatric Association depuis 2004.

Un élément clé, que Dr Beltrami et moi-même avons remarqué avec une clientèle psychiatrique, est que la phase deux du protocole en EMDR est capitale ! Le client doit être en confiance. Le climat doit être calme et tranquille (ex: endroit sûr en visualisation) et le système parasympathique doit être prédominant avec une capacité d'auto régulation par le client. Cette préparation doit être atteinte avant de débiter le reprocessing.

IMO (Intégration par le mouvement oculaire)

Son origine est différente du EMDR. Cette approche provient de la PNL Programmation Neuro-Linguistique dans les années 1970. Richard Bandler et John Grinder se basent sur le modèle de Milton Erickson (hypnose), Virginia Satir et Fritz Pearls. Robert Dilts, un des pionniers en NLP, la surnomme originalement l'approche "Eye Movement Pattern Interruption" en 1981.

Connirae and Steve Andreas "Eye Movement Integrator" puis "Eye Movement Integration" en 1989. Enfin, Danie Beaulieu PhD, du Québec, écrit le 1er livre sur l'IMO et les protocoles après sa rencontre avec Andreas en 1993. À notre connaissance, elle est la seule formatrice au Québec. (academieimpact.com).

Selon cette approche, on note une importance de la direction oculaire dans le champ visuel en combinaison avec le mouvement bilatéral. À notre connaissance, il existe des protocoles précis comprenant au moins 22 segments de mouvements oculaires. Ceux-ci sont effectués dans tout le champ visuel du client et adaptés au client. Cette approche utilise les mouvements oculaires SPEM (lent) contrairement au EMDR qui utilise le mouvement REM (Rapid Eye Movement).

À notre connaissance, les deux approches peuvent être utiles dans les champs d'intervention suivant :

Champs d'interventions pour ces approches

PTSD stress post-traumatique

TRAUMA: toute situation où la personne s'est sentie impuissante et qui continue de hanter (insomnie, flashes, pensées obsédantes et récurrentes) sans nécessairement répondre à tous les critères du DSM.

MICRO TRAUMAS: toute expérience qui persiste à engendrer des effets négatifs et récurrents sur la personne: séparation, infidélité, deuil etc.

PENSÉES NÉGATIVES ou LIMITANTES

PHOBIES – ANXIÉTÉ

À qui s'adresse ces approches

Enfants, adultes, personnes âgées présentant des symptômes dans les champs d'interventions mentionnés.

Formation 2015

Dr Édouard Beltrami et moi-même offrirons dès février 2015 une formation complète de deux jours sur les neurosciences, la sexologie et le DSM-5. Oui le DSM5 puisque cet outil s'avère utile pour communiquer avec d'autres professionnels et avec les compagnies d'assurances. Les psychothérapeutes font face à une nouvelle classification des diagnostics lorsqu'ils reçoivent des clients en traitements. Ils doivent être en mesure de composer avec les différentes classifications. Afin de mieux comprendre la classification, des notions de bases en neurosciences se révèlent utiles pour comprendre la formation de la personnalité de l'enfant, les conséquences des abus sexuels sur la sexualité adulte, les troubles de personnalité, les corrélations endocrinienne d'un début d'amour romantique et les fluctuations des hormones, allant jusqu'à la phase d'attachement. Nous aborderons le DSM-5 ayant un impact sur la sexualité ainsi que la dissociation et les outils de traitement. Pour information : info@centre-imo.com

Remerciements

Je tiens à remercier mes collègues de classe et amies Lise Desjardins et Mélanie Tremblay avec qui je partage, depuis 1995, la passion pour notre domaine d'étude. Bien sûr l'équipe de l'ISI pour leur ouverture et volonté d'élever nos connaissances. Je ne peux passer sous silence, un de mes mentors depuis 1996 qui m'a guidée et soutenue mais surtout qui m'a appris à accueillir les nouvelles idées et innovations en plus de me guider sur la voie de la dissociation...merci Dr Beltrami. Enfin, je remercie infiniment Isabelle Chaffai et Joelle Gourier pour cette belle opportunité et leur vision pour cet article.

Gina Rubini M.A.

en collaboration avec Dr Édouard Beltrami

Bibliographie

Adler-Tapia, R., Settle, C., & Shapiro, F. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) psychotherapy with children who have experienced sexual abuse and trauma. In P.

Goodyear-Brown (Ed.) *The handbook of child sexual abuse: Identification, assessment and treatment* (pp. 229-250). Hoboken, NJ: Wiley.

Amen, Daniel G. Lansing, K, Hanks, C and Rudy, L. (2005) High Resolution Brain SPECT Imaging and EMDR in Police Officers with PTSD. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005 Fall;17(4):526-32.

American Psychiatric (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM- 5(tm)) American Psychiatric Pub; 5 edition.

Bergmann, Uri (2012) Neurobiological Foundations for EMDR Practice. Springer Publishing company. 248p.

Beltrami, E. (2005) Dépression réfractaire et micro-traumatisme. Congrès de Médecine sexuelle 2005.

Beaulieu. D. (2003). L'intégration par les mouvements oculaires: Manuel pratique de la thérapie IMO. Éditions de l'Homme.

Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.

Brownback, Brownback, Mason and Associates (2011) Construct and predictive validity of the Comprehensive Neurodiagnostic Checklist 10/20 (CNC). 300 item checklist which fleshes out 42 different neuropathologies.

Fisher, H. (2010) Why Him? Why Her?: How to Find and Keep Lasting Love (Henry Holt, January 2010) 320p.

Goleman D. (2013) Focus: The Hidden Driver of Excellence. Harper. 320p.

Hanson R. (2013) [*Hardwiring Happiness: The New Brain Science of Contentment, Calm, and Confidence*](#). 304p.

Jehel et al., (2005) Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. Le PDI est une échelle d'auto-évaluation de 13 items. *Can J Psychiatry*, Vol 50, No 1, January 2005.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York : The Guilford Press.

McGonigal, K. (2013) The Willpower Instinct: How Self-Control Works, Why It Matters, and What You Can Do to Get More of It. Avery Trade. 272p.

Porges SW. (2011). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York: Norton.

Siegel D. (2010) [*Mindsight: The New Science of Personal Transformation*](#) Bantam.

Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures. New-York. The Guilford Press.

Shapiro, F. (2012). Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy. Rodale Books.

Stickgold R (2002). EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. Anxiety, Panic, PTSD PET Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA 02115, USA. Tuesday, 01 January 2002.

Van der Kolk, B. (2007). A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance. *J Clin Psychiatry* 68:0, Month 2007.

World Health Organization (2013). *Guidelines for the Management of Conditions That are Specifically Related to Stress*. Geneva, WHO.

Meta-analyses en EMDR

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta- analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Maxfield, L., & Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.

Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.