

# LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : OU COMMENT DEVIENT-ON ÉTRANGER À SOI-MÊME

Dre Muriel Salmona,

Psychiatre - psychothérapeute

Responsable de l'Institut de victimologie du 92

Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

[drmsalmona@gmail.com](mailto:drmsalmona@gmail.com)

site : <http://memoiretraumatique.org>

in *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie* édité chez Dunod en juin 2013

et dirigé par R. Coutanceau et J. Smith

La violence est un formidable instrument de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé. Elle est à l'origine de troubles psychotraumatiques fréquents et qui peuvent s'installer de façon chronique, sous la forme de troubles de la personnalité, par l'intermédiaire d'une mémoire traumatique et d'une dissociation traumatique. Mémoire traumatique des violences et dissociation vont coloniser les victimes et vont faire cohabiter chez elles plusieurs « personnalités » jusqu'à parfois les exproprier d'elles-mêmes si aucune protection et prise en charge ne sont mises en place, ce qui malheureusement est le plus souvent le cas, les victimes de violences étant dans leur immense majorité laissées à l'abandon (Salmona, 2008, 2012, 2013).

Neurobiologie de la dissociation

La violence, particulièrement celle qui est la plus irreprésentable, celle qui s'exerce sous couvert d'amour, d'éducation, de sexualité, comme les violences intra-familiales et sexuelles, (Salmona, 2013) a un effet de sidération du psychisme qui va paralyser la victime, l'empêcher de réagir de façon adaptée, et empêcher le cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme et - parce qu'il représente un risque vital pour l'organisme par atteinte du cœur et du cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol (Rauch, 2007) - déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde (Yehuda, 2007 ; Nemeroff, 2009) qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures morphine et kétamine-like. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). Et l'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont les flashbacks, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique (Ledoux, 1997).

## Mémoire traumatique et troubles de la personnalité

La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques, et de nombreux troubles de la personnalité. Elle “s’allume” aussitôt qu’un lien, une situation, un affect ou une sensation rappellent les violences ou font craindre qu’elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l’espace psychique de façon incontrôlable. Comme une “bombe à retardement”, susceptible d’exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une “boîte noire”, elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l’agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l’agresseur colonise la victime, et lui fera confondre ce qui vient d’elle avec ce qui vient des violences subies ou de l’agresseur. La mémoire traumatique sera souvent responsable, non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d’estime de soi catastrophique, qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l’agresseur [« Tu ne vauds rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu aimes ça », etc.] et aussi des émotions violentes et de l’excitation perverse de l’agresseur perçues à tort comme les siennes et qu’il leur faudra sans cesse contrôler, ce qui constituera une torture supplémentaire pour la victime (personnalité obsessionnelle). La victime n’a alors que mépris et haine pour elle-même, et elle peut penser avec horreur qu’elle a des fantasmes, une excitation et une jouissance perverse, alors que c’est bien entendu faux, cela appartient à l’agresseur. Certaines victimes peuvent s’identifier à la mémoire traumatique provenant des agresseurs et de leur mises en scène (Ferenczi, 1935) et développer une personnalité antisociale, mais aussi narcissique, borderline, paranoïaque...

Avec cette mémoire traumatique, les victimes peuvent se retrouver, contre leur gré, dissociées, à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, de panique totale, de mort imminente, d'être projetés par terre, d'être écrasés, frappés violemment, de perdre connaissance, d'avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des nausées, des douleurs génitales intenses. Elles ont peur d'être folles, et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes. Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices et dégradantes, avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières risqueront de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre, et sans savoir où se trouve la ligne de démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité, et ce qui est dû à leur mémoire traumatique.

La mémoire traumatique les hante (van der Hart, 2010), les dissocie, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes ; pire, elle leur fait croire qu'elles sont doubles, triples, voire quintuples : une personne normale (ce qu'elles sont), une personne traumatisée (la victime qu'elles ont été au moment de la /des agression-s, elles peuvent se retrouver le petit enfant terrorisé, perdu, avec une angoisse d'abandon massive, leur vraie personnalité avec sa cohérence, ses désirs, ses projets) une personne absente, vide (celle qui est totalement déconnectée pour sur-vivre, absente à elle-même, envahie par le néant), une moins-que-rien qui a peur de tout, et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l'agresseur a mis en scène qu'elles étaient et qu'elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler, censurer (ce même agresseur tellement présent et

envahissant à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par le confondre avec elles-mêmes, ce qui les terrorise)... Laissons la parole à une victime : « Je me prends constamment la tête, je doute de moi, de mes souvenirs, de ce que je suis... je me dis des choses atroces du genre « je suis une perverse machiavélique menteuse » ou « tu es quelqu'un de mauvais, de méchant »... J'en ai assez de douter tout le temps de moi, de tout, d'avoir peur. Je ne vis que dans la peur et cela m'épuise ! »

La vie peut devenir un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Il faut une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. Des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement se mettent alors en place. Toute situation de stress est à éviter, il est impossible de relâcher sa vigilance, dormir devient extrêmement difficile. Mais c'est rarement suffisant, et pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique qui « s'allume » ou pour prévenir son allumage, les victimes découvrent très tôt la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes (Salmona, 2008, 2012), c'est-à-dire à des conduites qui augmentent brutalement le niveau de stress pour arriver coûte que coûte à sécréter suffisamment de drogues dures endogènes (pour disjoncter malgré l'accoutumance), ou des conduites qui renforcent l'effet des drogues endogènes grâce à une consommation de drogues exogènes (alcool, drogues, psychotropes à hautes doses). Ces conduites dissociantes sont des conduites à risques et de mises en danger : sur la route ou dans le sport, mises en danger sexuelles, jeux dangereux, consommation de produits stupéfiants, violences contre soi-même comme des auto-mutilations, violences contre autrui (l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter). Rapidement, ces conduites dissociantes deviennent de véritables addictions. Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde (à la victime, à ses proches, aux professionnels) et sont à l'origine chez la victime de sentiments de culpabilité et d'un rejet par leurs proches et, souvent, par les

professionnels qui s'en occupent. Elles sont très corrélées à la présence d'un trouble de la personnalité, en particulier borderline.

Chez les victimes, cette mémoire traumatique et ces conduites dissociantes vont parasiter complètement la perception de soi et mettre à mal la sensation d'évidence et de cohérence dont on a besoin pour vivre, tout va être interrogé et questionné sans fin. La mémoire traumatique fait qu'on ne peut plus compter sur aucune logique, une situation réputée sans danger va déclencher une attaque de panique, la personne que l'on aime et en qui on a normalement confiance peut soudain nous insécuriser totalement sans raison apparente, et on va ressentir le besoin de la fuir. Alors que l'on se pense plutôt pacifique, on peut se retrouver d'un seul coup envahi par des images hyperviolentes et par une rage effroyable, sans comprendre pourquoi. Alors que l'on se perçoit comme profondément romantique et fleur bleue, des images sexuelles très crues et violentes vont s'imposer dans nos pensées et l'on va ressentir une sensation d'excitation devant des images pornographiques bien que l'on déteste cela, si l'on a subi des violences sexuelles. Alors que l'on aime plus que tout son enfant, on va être envahi de façon inexplicable et très angoissante par des images de violences extrêmes où l'on se voit tuer son enfant, lui faire mal, le menacer, le jeter par la fenêtre, le violer. Alors que l'on se croit courageux et très cartésien, on va se retrouver à avoir des peurs inexplicables comme un tout petit enfant, à se sentir hypervulnérable dans des situations banales, à avoir un trac terrifiant pour un rien, à être pétrifié devant un problème tout simple. Alors que l'on voudrait être toujours gentil, on se retrouve à s'énerver horriblement pour un rien, pour une petite frustration, et à proférer des injures qui ne font normalement pas partie de son vocabulaire. Alors que l'on se croit heureux, bien dans sa tête, une immense dépression peut s'abattre brutalement sur nous, avec des idées suicidaires et une impossibilité à se projeter dans l'avenir immédiat, avec l'impression que tout est fini pour toujours, bien que rien ne semble expliquer cet état. Alors que l'on se croit sain d'esprit, on se retrouve à voir soudain des monstres, des ombres

menaçantes, à entendre des voix, à sentir des objets nous pénétrer le corps, à avoir un sentiment de néantisation. Alors que l'on aime bien manger, on se retrouve à avoir un dégoût soudain, des nausées. Alors que l'on se sait en bonne santé, on se retrouve soudain avec des douleurs fulgurantes sans causes apparentes, et des sensations de grands malaises et une impression de mort imminente.

Tout cela met ces victimes dans une situation d'insécurité totale, elles ne peuvent compter sur rien, même si tout semble parfaitement calme, le pire peut arriver avec une attaque de panique et des idées terribles dans la tête. Tout peut basculer, « switcher » d'un moment à l'autre. Tout peut devenir menaçant. Elles se ressentent différentes des autres, incapables d'avancer normalement dans la vie, de tenir un cap. Elles se sentent instables, difficiles à vivre. Elles se retrouvent à devoir mettre en place des stratégies d'évitement, de contrôle, à devoir renoncer à plein de situations, à plein de projets. Elles développent une piètre image d'elles-mêmes, elles ont honte d'elles-mêmes, honte de ce qu'elles ont dans la tête, honte de ce qu'elles n'arrivent pas à faire, honte de ne pas être celle qu'elles voudraient, de ne pas être comme les autres. Elles se sentent coupables, et se retrouvent à se torturer et à se contrôler en permanence.

### Dissociation, trouble de la personnalité et sentiment d'étrangeté

Les symptômes dissociatifs s'accompagneront aussi de sentiments d'irréalité, de confusion, de dépersonnalisation, avec la sensation d'être spectateur de sa vie, d'être toujours à côté des événements, et d'être totalement inadapté dans sa relation aux autres. De plus, une anesthésie émotionnelle et physique s'installera parallèlement aux symptômes dissociatifs, ce qui aggravera encore la sensation de décalage dans les relations avec les autres. Cette anesthésie émotionnelle et la dépersonnalisation qui l'accompagneront donneront à la victime un sentiment d'inauthenticité, elle aura l'impression d'être en représentation.

Pour une victime souffrant d'une mémoire traumatique qui s'allume souvent, avec de nombreux épisodes de dissociation, il devient rapidement impossible d'être dans le ton juste et c'est excessivement douloureux et pénible. Elle se retrouve à s'observer parler, dans une distance continuelle avec elle-même. Comme il n'y a aucune réaction naturelle possible, cela l'oblige à « inventer » une posture, une réaction, un état émotionnel et à les jouer comme un acteur avec toujours le risque de sur-jouer, d'être excessive, dans l'histrionisme, ou de sous-jouer, d'être trop froide, pas assez réactive, trop déconnectée. La solution peut être de se caler sur les autres, de les observer puis de les imiter pour arriver à être à peu près en phase. Pour ne pas se retrouver à jouer tout le temps les caméléons, comme Woody Allen dans le film *Zelig*, il faut se créer un rôle qui tienne la route malgré les effets de la dissociation et jouer la personne que l'on pense devoir être, ou la personne que nos interlocuteurs désirent trouver en face d'eux, en modélisant un personnage qui se met parfois à avoir une vie propre, avec sa cohérence, son histoire. Mais ce personnage peut correspondre de moins en moins à la victime et à son histoire, ce qui peut entraîner une succession de mensonges « logiques », avec la certitude d'être dans une totale imposture, d'être une faussaire. Ces symptômes dissociatifs sont donc à l'origine d'une grande difficulté à maintenir un semblant d'unité, et donnent l'impression de n'avoir aucune personnalité stable (personnalité « as if »), seulement des personnalités d'emprunt. Derrière tout ce jeu de scène se cache une sensation de vide intérieur et un désespoir terrible.

Les enfants et les adolescents traumatisés, devant leur incapacité à nouer des relations normales avec les autres, développent souvent une seconde vie imaginaire dont ils ne parlent à personne, dans laquelle ils s'absorbent parfois presque totalement, avec des parents, des amis, un partenaire, un animal virtuels qui ont chacun une vie et une personnalité propres, avec un scénario complexe beaucoup plus riche en événements que leur vie réelle. Parfois, ils donnent vie et paroles à une



poupée ou une peluche, ou la parole à un animal. Ces enfants donnent l'impression d'être toujours ailleurs, d'être absents.

#### Dissociation et troubles de la personnalité chez les prostituées

L'anesthésie émotionnelle est dangereuse, elle coupe la victime non seulement de ses émotions spontanées, mais également de ses sensations corporelles, et ne lui permet pas de réagir comme il faudrait face à une situation à risque. Elle peut se retrouver à supporter sans réaction des violences graves, des abus de pouvoir, à supporter l'insupportable, à supporter de se sentir très mal à l'aise face à des prédateurs, face à des personnes perverses, malsaines, déséquilibrées ou dangereuses : « même pas mal ! ». Elle peut se retrouver à être la seule personne qui accepte une proposition très anormale, la seule à supporter de graves avanies, et des douleurs intenses avec un grand sourire accroché en permanence. C'est le cas des prostituées qui ont presque toutes une dissociation et une anesthésie émotionnelle et physique importantes, et qui de ce fait ressentent peu de dégoût, de rejet, et de douleur lors des rapports sexuels imposés par la situation prostitutionnelle.

En raison de ces troubles dissociatifs et de cette anesthésie émotionnelle, des mises en danger très graves peuvent avoir lieu et des atteintes physiques peuvent se développer dans une indifférence et une anosognosie (méconnaissance de son état) de la victime, mais également de tout ceux qui l'entourent, puisque le processus d'empathie est mis à mal par l'anesthésie émotionnelle. Le Dr Trinquart, qui a étudié les conséquences des rapports sexuels répétés non désirés chez les prostituées, très souvent accompagnés de violences, décrit dans le cadre de cette dissociation ce qu'elle nomme une décorporalisation ou un désinvestissement corporel, la perte de propriété de son propre corps (Trinquart, 2002).

#### Dissociation et troubles de la personnalité chez les personnes sans domicile fixe

De même, les personnes sans domicile fixe développent aussi une certaine indifférence à leur condition, à la douleur, au mal-être, au froid, aux conditions de vie extrêmes, indifférence qui leur est renvoyée en miroir par le monde extérieur. On peut en arriver à la situation extrême de ceux que l'on appelait les « musulmans » dans les camps de concentration, et surtout d'extermination comme Auschwitz. Ils semblaient déjà morts, indifférents à tout, entièrement déconnectés de ce qui les entourait, ils étaient au stade ultime de l'état de stress post-traumatique et de la dissociation complète qui précède la mort. Mais sans aller jusque-là, des victimes traumatisées débordées continuellement par une souffrance intolérable peuvent se retrouver, avec une consommation de psychotropes, de drogues ou d'alcool, dans un état de dissociation quasi-permanent, une sorte de coma vigile, qui les anesthésie et les rendent indifférentes à tout.

#### Dissociation et risques de répétition traumatique

Quand les violences sont continues, ou quand la victime est continuellement confrontée à l'agresseur (comme lors d'un inceste, de maltraitance intra-familiale ou de violences conjugales), les symptômes dissociatifs peuvent s'installer de façon permanente, seule façon de pouvoir survivre dans des conditions extrêmes. La victime de violence se retrouve alors la plupart du temps déconnectée, « à l'ouest », « absente », « dans les nuages », perdue, désorientée, dans un état parfois stuporeux qui peut donner l'impression qu'elle est limitée intellectuellement, puisqu'elle est aréactive, incapable de se concentrer et d'être attentive à ce qui se passe autour d'elle. Les enfants victimes de maltraitance physiques ou sexuelles graves sont souvent dissociés en permanence et pouvant être à tort considérés comme déficients.

Cette absence de réaction et cette anesthésie émotionnelle permanente mettent les victimes encore plus en danger de subir des maltraitances et d'être abandonnées, l'absence d'émotions fait que l'empathie en miroir peut ne pas fonctionner du tout (Favre, 2005). Face à ces victimes dissociées,

personne ne ressent spontanément d'émotion, ni n'a peur pour elles. Elles seront facilement oubliées. Comme elles ne vont pas réagir face à des violences, les agresseurs auront encore moins de limites, les violences seront encore plus répétées. Ces victimes seront souvent des boucs émissaires dans leur classe, dans les institutons, au travail. Elles pourront être les victimes de viols en réunions répétés, ou d'autant plus facilement piégées dans des réseaux de prostitution.

Les victimes dissociées sont des proies de choix pour les prédateurs. La confusion, la désorientation liées aux symptômes dissociatifs, entraînent des troubles cognitifs et des doutes continuels sur ce qui est perçu, entendu, sur ce qu'on a dit et sur ce qu'on a compris. Elles rendent la victime vulnérable, et la mettent en grande difficulté pour défendre ses convictions et ses volontés. Les victimes dissociées sont facilement influençables et « hypnotisables ». Elles fonctionnent souvent sur un mode automatique, préprogrammé. Elles n'ont aucune confiance en elles, et elles se retrouvent bien malgré elles à céder aux désirs d'autrui quand on fait pression sur elles. Le risque est grand qu'elles deviennent des victimes de choix pour des agresseurs à l'affût. Plus l'interlocuteur est dangereux, plus il réveillera chez la victime qu'il s'est choisie, une mémoire traumatique et une dissociation par des attitudes et des paroles déplacées ou incongrues, par une mise en scène de domination, et la mettra dans un état hypnoïde qui la rendra incapable de penser, de se défendre.

Elle seront « en panne », embrouillées, totalement confuses et donc très vulnérables face à des agresseurs. Cet état d'incapacité, les victimes le penseront dû à leur stupidité, à leur infériorité ou à leur timidité malade, alors qu'il est directement lié au déclenchement de mécanismes de sauvegarde face au danger que représente l'interlocuteur. Mécanismes qui pourraient être une bonne sonnette d'alarme, si les victimes en étaient informées. Mais au lieu de cela, cette situation de danger sera interprétée à l'avantage de l'interlocuteur pervers. Il sera souvent perçu par les victimes

« hypnotisées » comme quelqu'un de supérieur et d'important, de beaucoup plus intelligent qu'elles, voire comme quelqu'un de fascinant, quelqu'un dont elles pourraient même se croire « amoureuses », du fait de ces mécanismes de dissociation.

La dissociation traumatique représente un risque de banalisation des violences. À distance des événements traumatisants, les symptômes dissociatifs feront que les violences, si elles sont mesurées à l'aune d'une échelle émotionnelle, ne paraîtront pas si graves à certaines victimes. Les violences pourront alors être banalisées, voire valorisées comme souvent les violences éducatives : « une bonne raclée n'a jamais fait de mal à personne ». L'angoisse et la détresse de départ, ressenties au début des violences, ont été oubliées et remplacées par le souvenir de la dissociation et de l'anesthésie émotionnelle qui ont suivi la disjonction. Souvent lors d'un premier entretien psychothérapeutique, lorsque l'on demande à un patient qui vient avec une grande souffrance et de nombreux symptômes anxio-dépressifs « comment votre enfance s'est-elle passée ? », le patient répond « sans problème », ou même il peut nous dire « très bien, c'était une enfance de rêve, très heureuse », et on apprendra par la suite un passé de grande maltraitance avec des violences physiques et/ou sexuelles, et de graves négligences. Le patient ne voulait pas nous cacher des faits, il ne les avait pas non plus oubliés, mais la gravité de ces faits était ressentie en fonction de ses souvenirs émotionnels, l'anesthésie étant prise pour argent comptant. Tout ce qu'il avait pu vivre lui paraissait banal, pas si grave, sans conséquence. Et aucun lien ne pouvait être fait entre son mal-être d'adulte et son calvaire d'enfant.

La dissociation et son rôle dans les violences institutionnelles

L'anesthésie émotionnelle liée à la dissociation traumatique reste un phénomène méconnu des victimes comme de beaucoup de professionnels chargés de les prendre en charge. Face aux femmes

victimes de violences conjugales, face aux jeunes victimes de violences sexuelles, les professionnels du secteur médico-social, les policiers ou les gendarmes se trouvent confrontés avec malaise à des discours discordants de la part de certaines victimes dissociées qui racontent avec détachement les violences graves qu'elles subissent, en essayant de nous convaincre qu'elles en ont l'habitude et qu'elles peuvent bien continuer à supporter cette situation. Elles sont solides, rien ne les atteint, nous assurent-elles. Parfois même, des victimes de violences conjugales nous affirment que ce ne sera pas grave si elles sont tuées. En revanche, la majorité considère que pour leurs enfants ce n'est pas la même chose, que là c'est grave, et qu'ils n'ont pas à subir cela. D'autres seront tout aussi anesthésiées pour leurs enfants que pour elles-mêmes, incapables de ressentir le danger, de se rendre compte à quel point les enfants peuvent être perturbés, en ne se fiant qu'à leur réactions émotionnelles anesthésiées pour juger de la situation. En tant que proches ou professionnels ils ne faut pas se méprendre sur l'apparente « bonne réaction » des victimes, celles qui semblent les moins touchées, les moins perturbées, les plus calmes, les moins angoissées, ne sont pas forcément celles qui ont le moins de conséquences psychotraumatiques : elles peuvent être dans un profond état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle et avoir encore plus besoin de soins. Les professionnels doivent en être avertis.

En miroir, les proches ou les professionnels, peuvent également ne rien ressentir émotionnellement face à des situations pourtant dramatiques, le processus empathique étant en panne du fait de l'anesthésie émotionnelle de la victime. Ce n'est souvent qu'intellectuellement, parce qu'ils sont conscients de ce phénomène, qu'ils pourront reconstruire des émotions adéquates pour bien prendre en charge ces victimes. De plus, en fonction de leur passé traumatique, certains professionnels peuvent se dissocier en écoutant des récits de violences qui, par association avec des événements de leur passé re-déclenchent leur mémoire traumatique. Dans certains cas, les violences subies par les victimes sont tellement inouïes et atroces, que le récit en est directement traumatisant. Si les professionnels ne sont pas conscients de ces risques, s'ils n'ont pas une bonne connaissance de leur

passé traumatique et des répercussions qu'il peut avoir sur leur capacité relationnelle et professionnelle, s'ils n'ont pas développé une capacité à identifier puis à moduler ou éteindre leur réponse émotionnelle, ils peuvent décompenser et être eux-même traumatisés (traumatisme vicariant), ils peuvent également avoir des réactions tout à fait inadaptées qui peuvent être maltraitantes, dangereuses et même s'apparenter à une non-assistance à personne en danger. Ils sont alors envahis, devant ces victimes de violences, par des angoisses non maîtrisées, une irritabilité, voire une agressivité, avec un manque d'empathie et de bienveillance, ils rejettent la victime, ou bien ils réagissent par de la confusion voire de la sidération, et même par une banalisation des faits de violences (avec des commentaires malheureusement fréquents tels que : « ce n'est pas si grave ! », « ce sont des jeux d'enfants », « il ne s'est pas rendu compte », « vous avez dû mal comprendre », etc.), ou par de l'indifférence (liés à la dissociation et à l'anesthésie émotionnelle). Ces situations aboutissent souvent à une absence de reconnaissance et d'identification des violences et du danger couru par la victime, qui ne seront pas dénoncés ni pris en charge. Et ces professionnels censés accompagner, protéger et soigner la victime, vont l'abandonner et parfois lui faire subir de nouvelles violences. Les risques de maltraitances institutionnelles sont particulièrement importants pour des enfants traumatisés, les personnes handicapées et les personnes âgées ayant des antécédents de maltraitance et de violences sexuelles dans leur passé.

#### La dissociation et les troubles de la personnalité chez les personnes âgées

En effet, quand elles deviennent âgées (ou lors de lourds handicaps), les victimes de violences sexuelles vont se retrouver en grande difficulté pour gérer leur mémoire traumatique. Les situations de dépendance, la perte d'autonomie et d'intimité, les troubles cognitifs, les pertes de repères et les grands changements (décès du conjoint, hospitalisation, placement) vont à la fois bouleverser et empêcher les stratégies de survie habituelles, et représenter un risque important d'allumage de la mémoire traumatique. La mémoire traumatique peut devenir envahissante (particulièrement lors des

soins corporels) et impossible à contrôler, les personnes âgées peuvent alors vivre de nombreuses situations comme des agressions en s'y opposant avec des attaques de panique, des crises d'agitation, des états dissociatifs, des pertes de repères temporo-spatiaux. La mémoire traumatique va prendre la forme d'hallucinations visuelles, auditives et cé1515nesthésiques. Pour tenter d'anesthésier émotionnellement cette mémoire traumatique intolérable, replonger dans le scénario des violences et le reproduire en tant que victime ou agresseur sont des conduites dissociantes efficaces pour faire disjoncter le circuit émotionnel. Les personnes âgées peuvent alors développer des «délires» de persécution et mettre en scène les violences subies et des «pseudo démences» avec des altérations cognitives. Elles peuvent également s'auto-agresser et se mettre en danger, ou devenir violentes vis-à-vis d'autrui en tenant des propos violents et obscènes accompagnés ou non de passages à l'acte agressifs.

#### La dissociation dans les troubles de la personnalité chez les agresseurs

Les agresseurs sont également aux prises avec une dissociation et une anesthésie émotionnelle, mais ils vont utiliser ces symptômes très différemment, comme des « atouts », au service de leur intérêt et de leur domination. La violence est pour l'agresseur une drogue anesthésiante et il instrumentalise les victimes dans le but d'obtenir une anesthésie émotionnelle. Cette anesthésie émotionnelle va être ensuite utilisée comme outil de prédation. Elle leur permet de mettre intentionnellement en scène des personnages très efficaces pour tromper leurs victimes et leurs proches, dans un jeu subtil et convaincant, ils se transforment au gré des nécessités : d'un côté, en voisin aimable, en professionnel impressionnant, en père idéal, et, de l'autre, en dictateur impitoyable, monstre implacable, grand pervers sexuel, fou furieux, etc.; ou bien : en amie parfaite, en professionnelle tellement dévouée, en mère admirable côté « rue », pour la vitrine, et, d'un autre côté, en une femme sans scrupules, sans pitié, qui n'hésite pas à manipuler, trahir, agresser, maltraiter ses enfants. Toutes ces mises en scène sont des mensonges, les victimes seront totalement

désorientées par ces allers-retours entre la personne la plus gentille qui soit à certains moments, et la personne la plus horrible qui soit à d'autres moments. L'anesthésie émotionnelle rend l'instrumentalisation d'autrui et les agressions beaucoup plus faciles pour ces agresseurs, car il n'y a aucun risque de dégoût ou de culpabilité face aux violences, ni de compassion ou d'empathie encombrantes face aux victimes, tous facteurs qui pourraient limiter les violences. L'agresseur est insensibilisé, il peut agir sans entrave. De même, la préparation minutieuse, parfois très à l'avance, des passages à l'acte violents est-elle déjà en soi génératrice de disjonction, de dissociation et d'une anesthésie émotionnelle qui facilitera la réalisation des agressions (c'est particulièrement vrai pour les tueurs et les violeurs en série). Cela explique que même après des actes extrêmement graves, violents et répétés dans la durée, comme lors de guerres ou de violences d'État, associés à des actes de barbarie, des viols systématiques, des tortures, des massacres ou des génocides, les grands criminels de guerre, les tortionnaires continuent à n'avoir aucun remord et à ne pas se sentir coupables des années, voire des dizaines d'années après les faits. Ils ont dans la tête suffisamment d'atrocités en réserve pour alimenter une disjonction et une anesthésie émotionnelle en continu.

#### Prise en charge de la dissociation dans les troubles de la personnalité

Le dépistage systématiques des violences chez les patients, l'identification des troubles psychotraumatiques, le repérage des expressions de la mémoire traumatique et des troubles dissociatifs sont essentiels pour prendre en charge les victimes de violences de façon adaptée et efficace. De nombreuses prises en charges psychothérapeutiques et à médiation corporelle seront efficaces, à condition qu'elles soient centrées sur les violences et sur un travail de désamorçage de la mémoire traumatique, de re-connexion corporelle, de re-corporalisation pour que les personnes traumatisées retrouvent un fonctionnement psychique, une vie émotionnelle et relationnelle, un schéma corporel libérés des violences, des souffrances, et des mises en scène des agresseurs, pour qu'elles puissent se ré-investir, ré-habiter leur pensée, leurs émotions et leur corps.



Le but de la prise en charge psychothérapique est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens. Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doivent être disséqués pour les relier à leur origine, les éclairer par des liens qui permettent de les mettre en perspective avec les violences subies (van der Hart, 1992). Par exemple, une odeur qui donne un malaise et envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur, une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression, un bruit qui paraît intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des auto-mutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression, une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis, des "fantasmes sexuels" violents, très dérangeants dont on ne veut pas, mais qui s'imposent dans notre tête ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subies...

Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique, car lors de l'allumage de la mémoire traumatique le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse, sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risques. Il s'agit, pour le patient, de devenir expert en « déminage » et de poursuivre le travail seul, les conduites dissociantes n'étant plus nécessaires et la mémoire traumatique se déchargeant de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il devient possible de sortir de la dissociation, de se décoloniser de la mémoire traumatique, de

retrouver sa cohérence, et d'arrêter de survivre pour vivre enfin en étant enfin lui-même. Avec ce processus, disparaît en parallèle le trouble de la personnalité.

## Bibliographie

Favre D. et al. « Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions », *Enfance* 4/2005 (Vol. 57), p. 363-382.

Ledoux, J., & Muller, J. (1997) Emotional memory and psychopathology, *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 352, 1719-1726.

Nemeroff, C.B., & Douglas, J., Bremner, Foa, E. B., Mayberg, H.S., North, C.S., Stein, M.B. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, American Psychiatric Association, 7:254-273.

Rauch, S.L., Shin, L.M., and Phelps, E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol. Psychiatry* 60, 376–382.

Salmona M., La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*. Paris : Dunod, 2008.

Salmona M., Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J. *Traumas et résilience*. Paris : Dunod, 2012

Salmona M. L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre, in *La revue de santé scolaire et universitaire* 6, Elsevier, 2013

Salmona M., *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013

Trinquart J., La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès des soins, thèse de doctorat en médecine, Paris, 2002, téléchargeable sur le site [memoiretraumatique.org](http://memoiretraumatique.org)

Van der Hart O. and co. *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010

Van der Hart, O., & Friedman, B. (1992). Trauma, dissociation and trigger: Their role in treatment and emergency psychiatry, in *Emergency psychiatry today*, Amsterdam, Elsevier, 137-142

Van der Kolk BA., McFarlane AC., Weisaeth L., *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, NY, The Guilford Press, 2006

Yehuda R, Ledoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron* 56. 2007, Oct 4;19-32

