



Quête d'Amour, Attachement, Trauma et Dissociation.

Découvrir les ressorts neurobiologiques de nos systèmes de défense.

Partie 1 sur 2 : Les mécanismes du psychotraumatisme

Magali Fabre, psychopraticienne en thérapies IFS, IR et MOSAIC (www.lam-agi.com)

Avant-propos

- Cette présentation synthétique a pour objectif de **diffuser une information de base sur le psychotraumatisme** afin de faciliter la compréhension et une possible prise en charge spécialisée des personnes souffrant de ces réalités complexes.
- Cette présentation est fondée sur les **travaux de professionnels reconnus** pour leurs compétences et leurs expériences approfondies dans la compréhension et la prise en charge clinique et thérapeutique des psychotraumas. Les informations partagées sont sourcées en conséquence en bas de page ou sous les images utilisées. Merci d'honorer leur travail majeur et de ne pas omettre de nommer la source en cas de diffusion.
- Cette présentation est aussi le **résultat d'un processus individuel**, en tant que praticienne de l'accompagnement thérapeutique formée et en formation continue et en tant que personne sur un chemin de conscience spirituelle et de guérison. La façon dont ces informations ont été organisées, présentées, discutées, corrélées reflète mon état de connaissance, de compréhension et de conscience des notions partagées à la date de diffusion (septembre 2024) et n'engage en rien les travaux des professionnels cités et référencés en cas d'interprétation erronée.
- Cette présentation aborde le **sujet complexe** et encore largement méconnu du traumatisme psychique. Ces notions peuvent être difficiles à aborder, en ce qu'elles peuvent raviver des traumatismes personnels. N'hésitez pas à contacter un professionnel de santé mentale (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychopraticien) en cas de besoin.

Aperçu et intention

PARTIE 1: Mécanismes du psychotraumatisme

Traumatisme psychique / Mémoire traumatique / Dissociation / Amnésie traumatique /
Etat de stress post-traumatique / Troubles liés au trauma

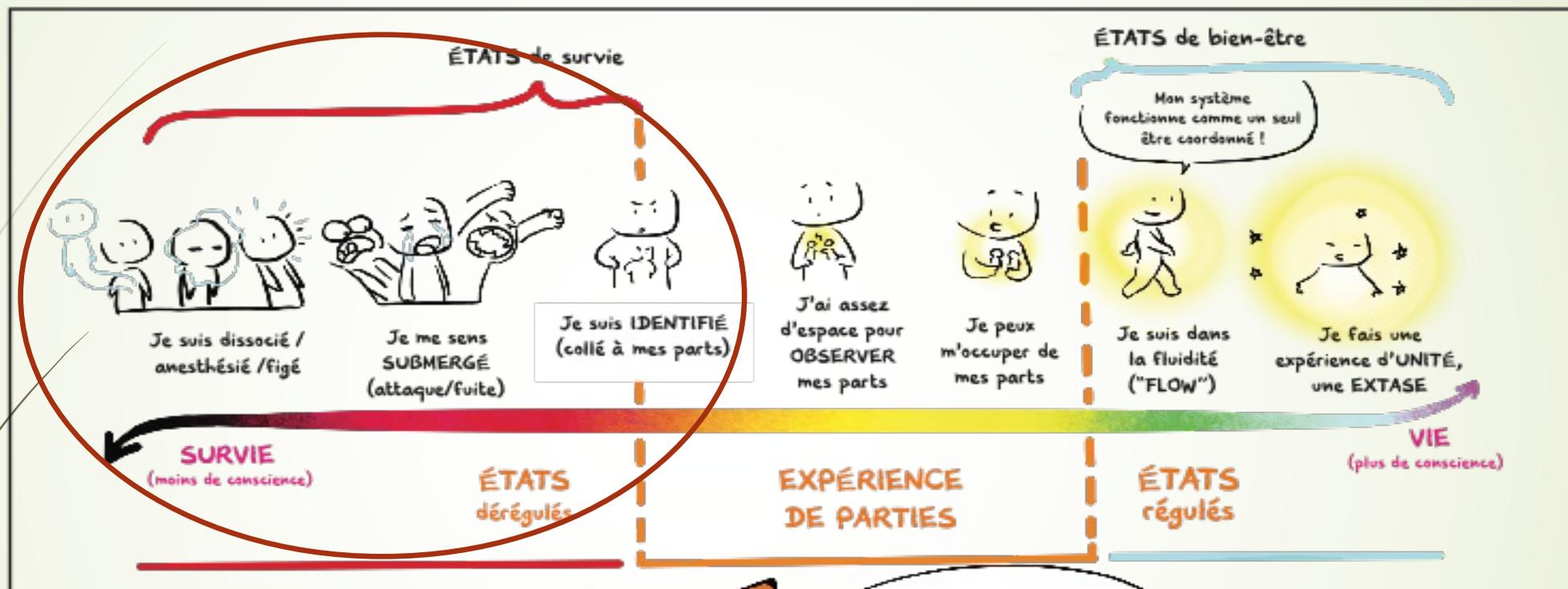
PARTIE 2 (Cf présentation séparée)

- Le rôle du **système nerveux autonome** dans la gestion du danger
- La **théorie polyvagale** (TPV) et son application clinique
- La **théorie de l'attachement** et son application clinique
- Trauma et recherche spirituelle : le **contournement spirituel**
- **Perspectives thérapeutiques**

INTENTION : Offrir une plus grande connaissance et compréhension de nos mécanismes de protection reflexes dont la suractivation, suite à un traumatisme, limite notre capacité à vivre de façon joyeuse et régulée, dans la conscience de notre être divin.

Sources : ces informations proviennent grandement des travaux du **Dre Muriel Salmona**, psychiatre et psychothérapeute, spécialiste du psychotrauma et fondatrice du site web « Mémoire traumatique et Victimologie » (<https://www.memoiretraumatique.org>)

LE CONTINUUM DE LA CONSCIENCE*

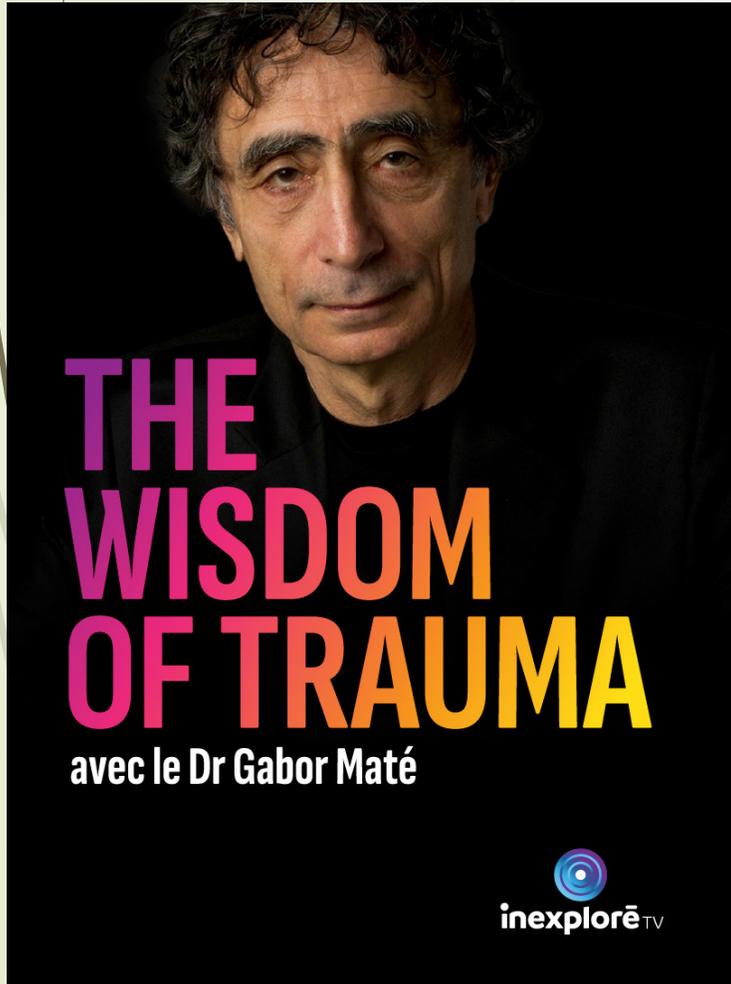


Extrait de la BD "Emotions, enquête et mode d'emploi - tome 3 : les différentes parts de soi",
par Art-mella, aux éditions Pourpenser et Conscience quantique

* D'après le modèle IR [Intelligence Relationnelle] développé par le Dr François LE DOZE - www.selftherapie.com

Affiche téléchargeable gratuitement sur www.conscience-quantique.com/boutique

Trauma et Energie de Vie



« C'est par un processus dynamique et émergent de confrontation avec la vérité que les solutions surgiront.

Le traumatisme entraîne une répression permanente, une énorme dépense d'énergie pour ne pas ressentir la douleur.

Au fur et à mesure que nous guérissons, cette même énergie devient disponible pour la vie et pour l'instant présent. Ainsi, l'énergie du traumatisme peut être transformée en énergie de vie.»

Dr Gabor Maté, psychothérapeute

Citation extraite du documentaire « The Wisdom of trauma / la Sagesse du trauma »

Trauma / Traumatisme psychique / Psychotraumatisme

- ▶ **Trauma** : contraction du mot « traumatisme », vient du grec ancien traumatismos « blessure ». Reconnu spécifiquement dans les années 80 et étudié en France depuis les années 90.
- ▶ 2 définitions complètes et reconnues du psychotraumatisme :
 - Louis Crocq : « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* ».
 - DSM IV : « *troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques lié à ce(s) traumatisme(s).* »
- ▶ **Psychotraumatisme (selon Dre Muriel Salmona)** : « **ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.** »

Vue d'ensemble du traumatisme psychique

TRAUMATISME PSYCHIQUE

+ Pas de corégulation sécuritaire

Sidération psychique => intégration impossible

Menace à l'intégrité physique ou psychique => risque vital

Caractère violent, imprévisible, inexplicable => impuissance

Évènement

Intentionnalité

Traumatisme intentionnel

(toutes formes de violences inter-humaines)

Traumatisme non-intentionnel

(liés à une catastrophe, accident, maladie grave, deuil violent)

Gravité

* Trauma type I :

consécutif à l'exposition à un événement unique (accident, attentat, agression, etc.)

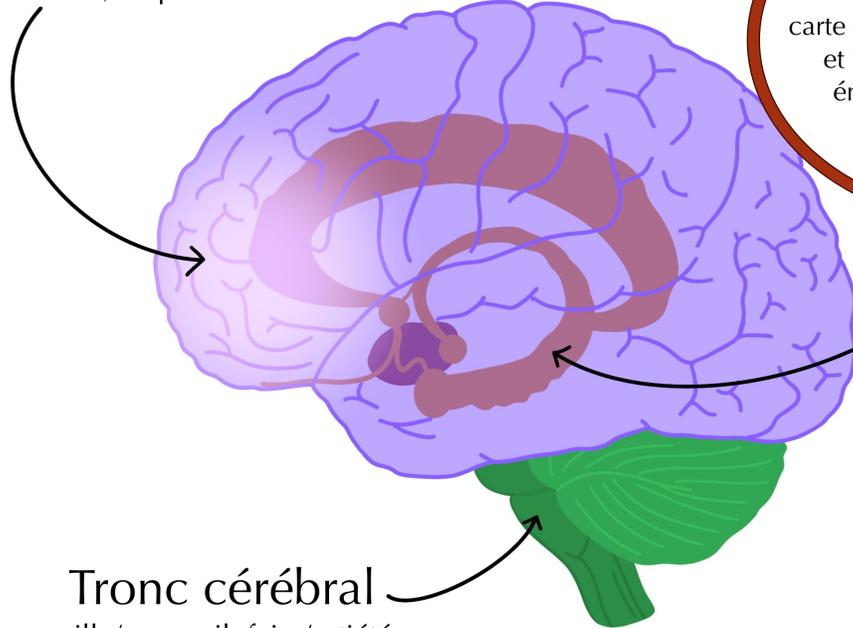
* Trauma type II :

consécutif à l'exposition à un événement répété ou durable (maltraitance physique, psychique et/ou sexuelle, violences intrafamiliales, professions à risques, etc.)
Les plus fréquents.

Le système limbique : émotions et mémoire

Cortex préfrontal

planification et anticipation, notion du temps et du contexte, inhibition, compréhension, empathie.



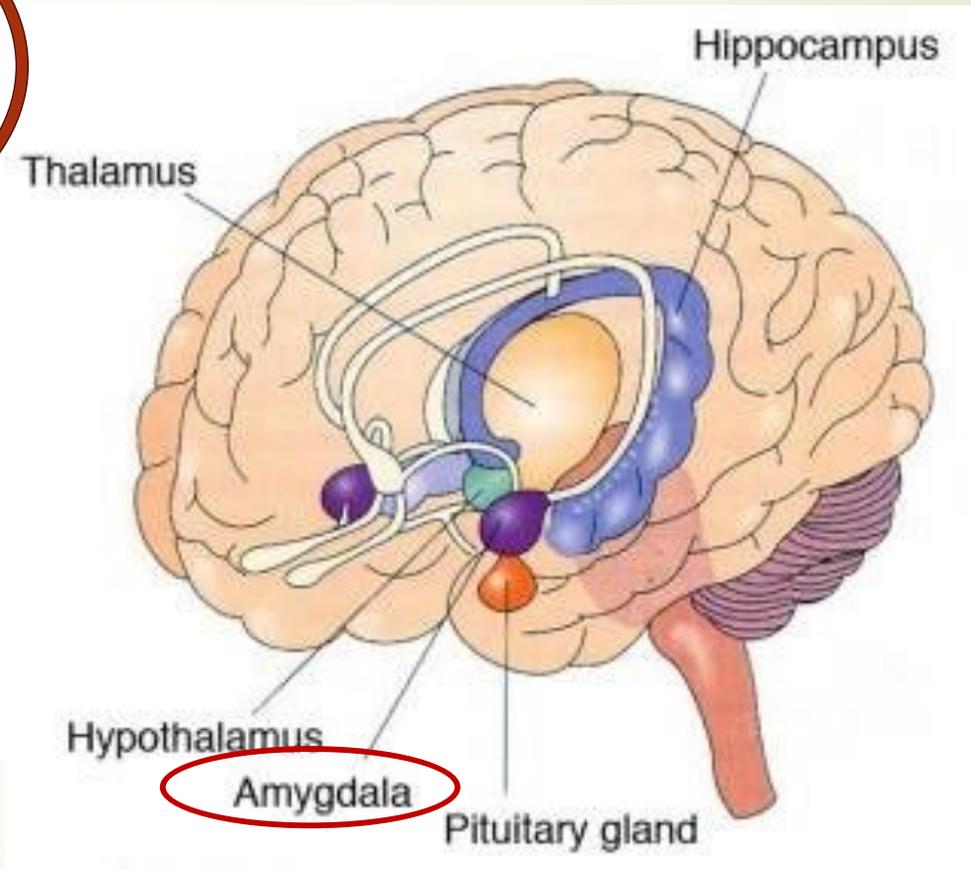
Cerveau limbique

carte de la relation entre l'organisme et l'environnement, pertinence émotionnelle, catégorisation, perception.

Tronc cérébral

veille/sommeil, faim/satiété, respiration, équilibre chimique, excitation.

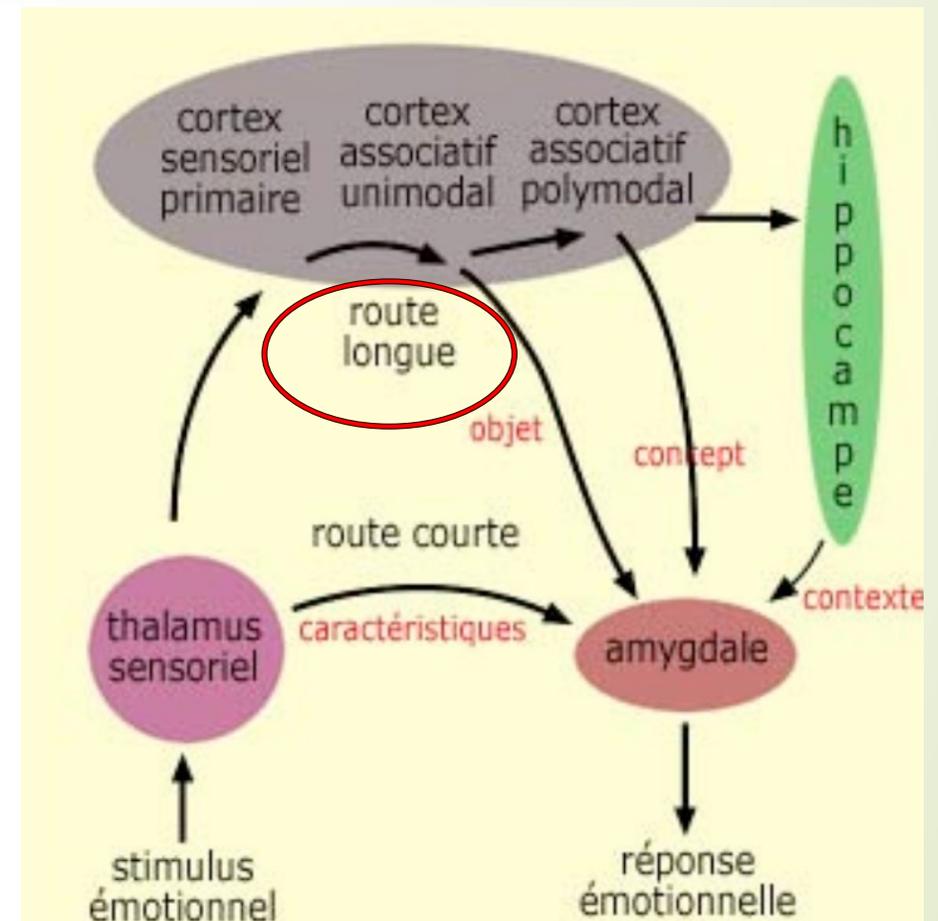
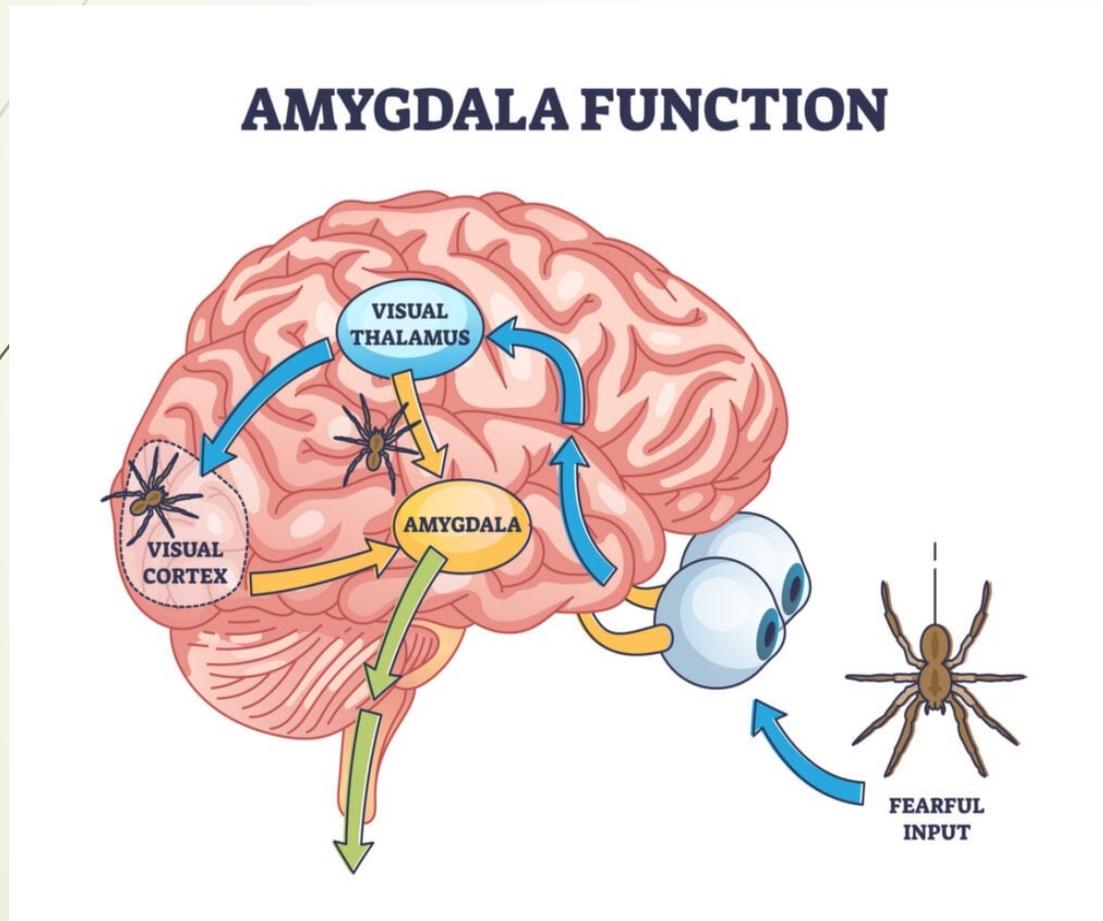
<https://centre-bertha-pappenheim.fr/2021/09/10/mecanismes-du-psychotraumatisme-2/>



<https://www.pinterest.fr/pin/612982199262913952/>

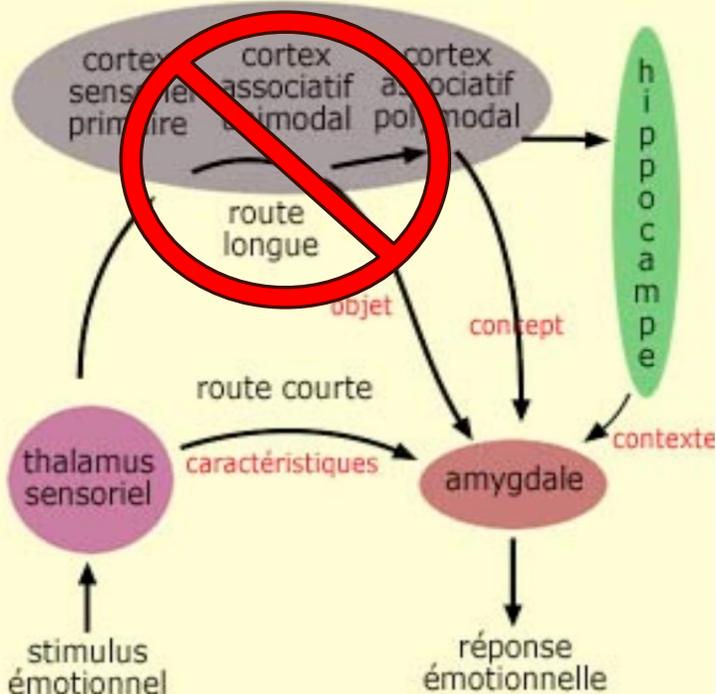
La réaction habituelle lors d'un danger

Rôle majeur du **système limbique** et de **l'amygdale**, structure assurant la réponse de défense de l'organisme, des changements physiologiques et réactions comportementales, siège de la mémoire implicite (non-consciente)



La réaction lors d'un traumatisme

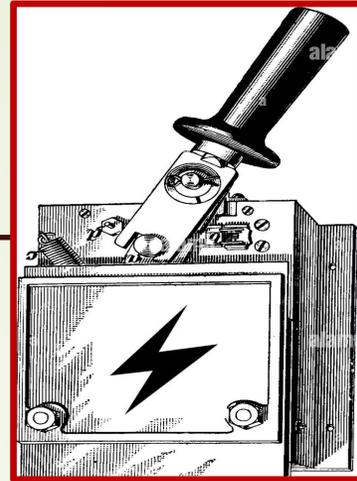
Violence + non-sens de l'évènement traumatique
=> incapacité à intégrer la situation
= **SIDERATION PSYCHIQUE**
=> modulation corticale de l'amygdale impossible



Pas d'arrêt / de maîtrise / de fuite du danger
=> **activation maximale de l'amygdale**
=> Production maximum de cortisol et d'adrénaline
SURVOLTAGE

=> Grande toxicité dans le système : atteinte cardiaque, vasculaire, neurologique (Tachycardie, tremblements, dyspnée, vertiges, angoisses extrêmes.)
ETAT DE STRESS EXTREME
RISQUE VITAL

Voie de secours exceptionnelle
DISJONCTION
DECONNECTION



L'amygdale « s'éteint » sous l'action des endorphines alors même que le danger et/ou le traumatisme se poursuit !
=> **Analgésie** : plus de perception de danger donc plus de souffrance.

MÉMOIRE TRAUMATIQUE

Amygdale déconnectée du

- Cortex associatif : plus d'aspect émotionnel des stimuli => impression d'irréalité, confusion : **DISSOCIATION**
- Hippocampe : plus de contenu de la mémoire implicite émotionnelle : **TROUBLE MÉMOIRE / AMNESIE**

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatisme/s/mecanismes.html>

Dissociation / Dépersonnalisation / Déréalisation



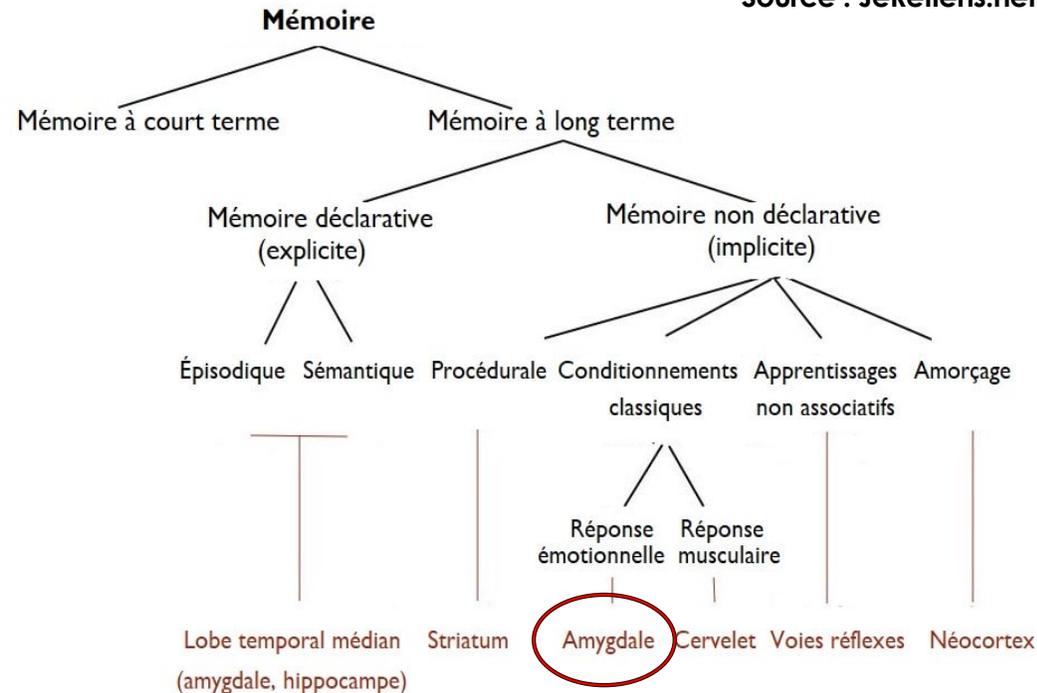
- **Dissociation** : scission de groupes de contenus mentaux hors de la conscience. Faisant souvent suite à un traumatisme psychique, la dissociation peut permettre à l'individu de **maintenir l'adhésion à deux vérités contradictoires, tout en restant inconscient de leur contradiction.**
- **Trouble dissociatif de l'identité** : manifestation extrême de la dissociation, dans laquelle une personne peut présenter **plusieurs personnalités indépendantes**, chacune ignorant les autres.
- **Dépersonnalisation** : Expérience d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un **observateur extérieur de son propre fonctionnement** mental, de son corps ou de ses actions.
- **Déréalisation** : Expérience d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un **observateur extérieur de son propre entourage.**

Dissociation et mémoire traumatique

N'ayant pu être traitée par le cortex et l'hippocampe pour en faire une information et un souvenir, la mémoire traumatique de l'évènement, émotionnelle, implicite et inconsciente, est coincée dans l'amygdale. La mémoire reste vive de l'émotion initiale mais décontextualisée et sans repère spatio-temporels.

Les différents types de mémoires

Source : JeRetiens.net



Mémoire implicite / automatique / inconsciente

Souvenirs perceptifs et émotionnels inconscients qui influencent notre comportement.

Les compétences faisant appel à la mémoire implicite n'impliquent pas de pensée consciente.

Mémoire explicite / déclarative / consciente

Souvenirs des expériences autobiographiques et des informations factuelles que l'on peut retrouver consciemment et articuler intentionnellement. Elle permet de se souvenir de qui, quoi, où, quand et pourquoi. Le rappel d'informations de la mémoire explicite implique un effort conscient.

Petite Géographie de nos Mémoires



Voilà quelques régions plus particulièrement impliquées dans nos 5 types de mémoire

Mémoire de Travail

La **mémorisation à court-terme** fait essentiellement appel à trois grandes zones du cerveau:

- **Cortex Préfrontal** (rôle d'administrateur central) : attention
- **Néocortex postérieur** : maintien passif d'une information
- **Hippocampe** : association des différents détails & sélection des souvenirs à conserver

Mémoire Sémantique

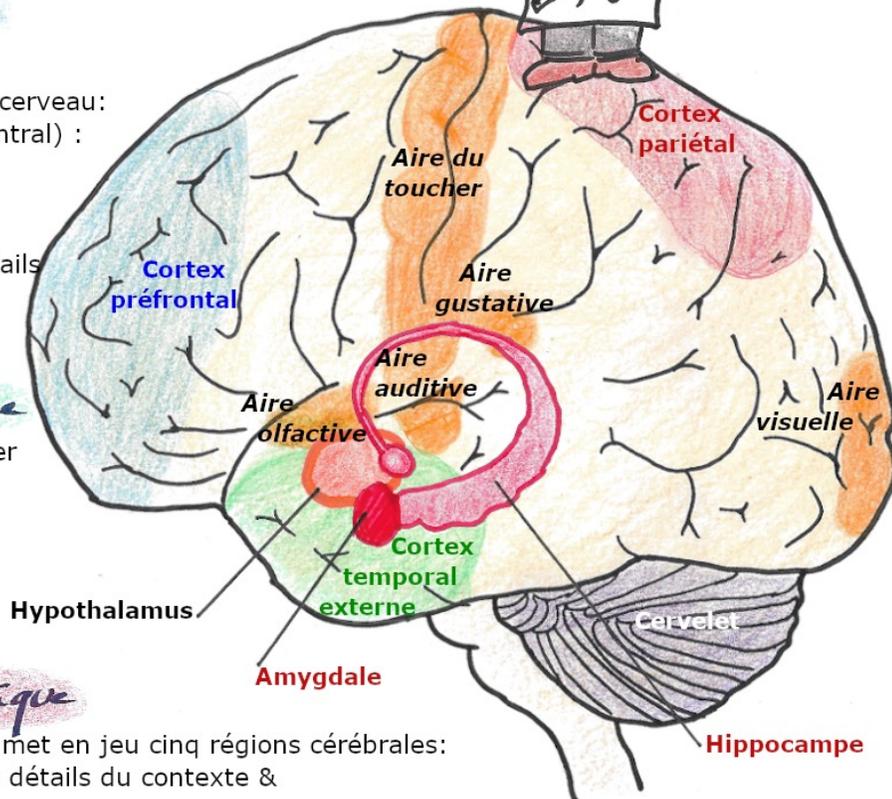
Deux zones du cortex permettent de stocker et récupérer **nos connaissances sur le monde et nous-même** :

- le **cortex temporal externe**
- et le **Cortex Préfrontal**

Mémoire Episodique

La **mémoire de nos souvenirs personnels** met en jeu cinq régions cérébrales:

- **Hippocampe** : association des différents détails du contexte & « récupération » des souvenirs
- **Cortex pariétal** : attention
- **Amygdale** : émotions associées aux souvenirs & conditionnement de peur
- **Cortex Préfrontal** : stockage & récupération des souvenirs et référence à soi
- **Hypothalamus** : mémoire « cartographique » des lieux & émotions



Mémoire Perceptive

Les informations de nos cinq sens sont mémorisées dans les **aires sensorielles**:

- Ces aires sont situées dans le cortex (« l'écorce » du cerveau)
- Hormis l'aire olfactive enfouie plus en profondeur, près de l'amygdale

Mémoire Procédurale

Deux zones cérébrales interviennent dans **nos apprentissages** :

- **Cervelet** : Automatismes
- **Noyaux gris centraux** : Habitudes & pratiques

-> **Les régions de nos mémoires interagissent en réseau à travers tout le cerveau**

Dissociation, mémoire traumatique et conduites d'évitement et de contrôle

- La mémoire traumatique est piégée dans l'amygdale, sans régulation. Elle est comme une « **bombe à retardement** », prête à exploser si un stimulus en lien avec le trauma vécu vient rallumer l'amygdale et recréer une forte réponse émotionnelle.
- Pour éviter ce risque, la victime traumatisée va mettre en place des **stratégies de survie via des conduites de contrôle et d'évitement**.
 - **conduite de contrôle** : sensation de danger permanent, hypervigilance, état d'alerte, troubles du sommeil, douleurs physiques chroniques, troubles de concentration et de l'attention...
 - **conduites d'évitement** de tout ce qui peut rappeler les violences et rallumer l'amygdale : situations, lieux, personnes, ambiances, pensées et sensations spécifiques, entraînant phobies, isolement, troubles divers...



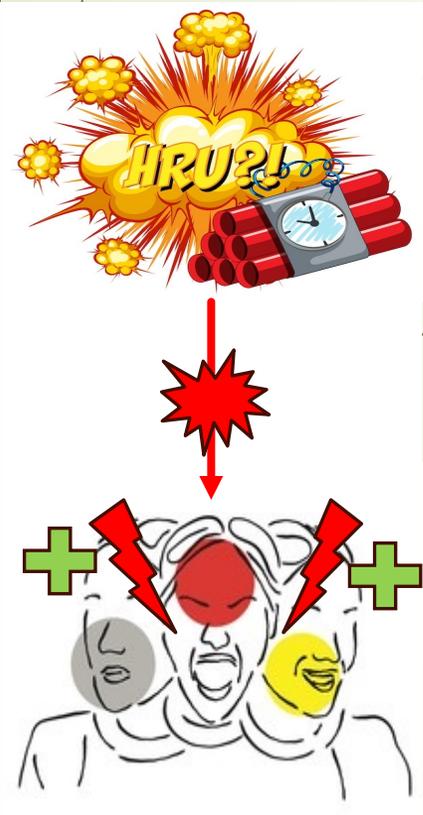
Dissociation, mémoire traumatique et reviviscences

- ▶ Lorsque un stimulus vient réactiver le trauma (situation particulière, conflit relationnel, maladie, séparation, changement de vie déstabilisant) la « **bombe explose** », l'amygdale va à nouveau
 - déclencher une réponse au stress (cortisol et adrénaline), générant une même intensité de la sensation de danger intense et de la souffrance physique et/ou psychologique que lors du trauma initial.
 - transmettre des informations au cortex, réminiscences du trauma mais sans repère spatio-temporel donc incompréhensible pour le cortex, qui ne peut le traiter car la situation sur l'instant ne présente pas de danger apparent.



La personne revit lors de ces **reviviscences traumatiques** les mêmes sidération, détresse et risque vital que lors du trauma initial, sans parvenir à se calmer car il n'y a pas de lien apparent avec le trauma, oublié et banalisé du fait de la dissociation.

Dissociation, mémoire traumatique et conduites dissociantes 1/2



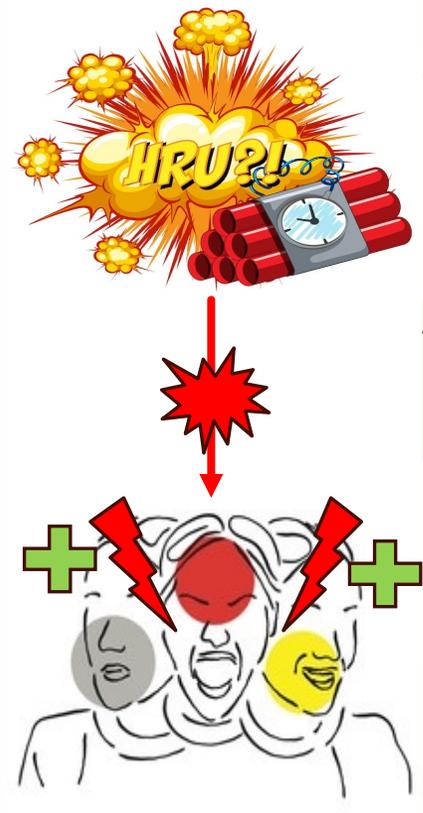
- Lorsque le trauma est réactivé inopinément, il arrive que la disjonction initiale ne puisse plus se reproduire en raison de l'action prolongée des endorphines et autres drogues du cerveau '*morphine & ketamine like*' depuis le trauma initial, qui crée des phénomènes d'accoutumance et de tolérance.
- La personne va donc inconsciemment mettre en place un **auto-traitement** pour obtenir à nouveau la disjonction permettant de limiter la souffrance perceptible de la mémoire traumatique et obtenir à nouveau une forme d'anesthésie, via des **conduites dissociantes** dangereuses pour son intégrité physique et psychique.
- Ces actions sont **compulsives** et associées, apparaissant comme paradoxales et peu compréhensibles pour l'entourage.

Dissociation, mémoire traumatique et conduites dissociantes 2/2

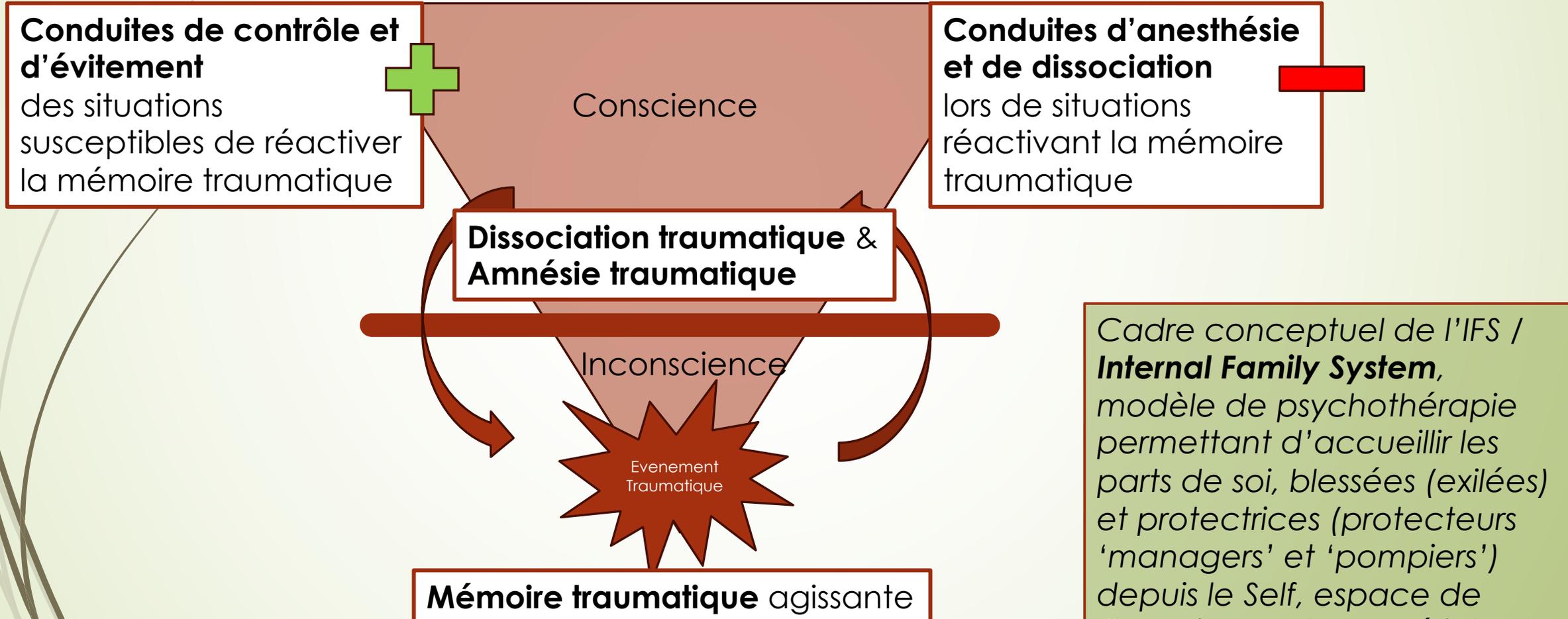
- ▶ Deux stratégies pour revivre un effet dissociatif, de plus en plus nocif
 1. créer un nouveau '**survoltage**' en augmentant le niveau de stress
 - Par des conduites dangereuses qui reproduisent le traumatisme initial
 - Par des conduites agressives contre soi : se faire mal, automutilation, idées suicidaires
 - Par des conduites agressives contre autrui : faire mal et mettre en danger autrui
 2. créer un **effet dissociatif** par l'usage de drogues à effet dissociant (alcool, cannabis, hallucinogènes, héroïne ou psychostimulants)

L'effet dissociant va momentanément calmer les angoisses insoutenables jusqu'à la prochaine réactivation de la mémoire traumatique. La vie devient un véritable enfer de souffrance.

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/consequences.html>



Dissociation, mémoire traumatique et conduites évitantes et dissociantes



Les risques liés à la dissociation traumatique

La victime dissociée est vidée d'elle-même, en mode automatique, semble indifférente au danger et à la douleur et sans repère intérieur ni extérieur.

- Sans défense, elle est **très vulnérable aux agressions, aux risques d'emprise** et de soumission aux désirs de l'auteur.e de violences (lien très significatif entre les violences sexuelles subies dans l'enfance et les situations de prostitution).
- **L'apathie apparente déstabilise les interlocuteurs**, suscitant jugement, incompréhension, minimisation, rejet voire maltraitance (*"je vais te secouer pour que tu réagisses!!"*)



- La confusion liée à la dissociation jette un **doute permanent** sur les perceptions, informations, compréhensions, faisant de la victime une **proie très influençable** face aux personnes abusant de leur pouvoir. Elle est malheureusement aussi **peu 'crédible' aux yeux des institutions policières et judiciaires**, l'anesthésie émotionnelle n'étant généralement pas reconnue comme un signe de gravité de son état, et au contraire retournée contre elle, avec doutes sur sa bonne foi.

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/dissociation-traumatique.html>

Dissociation traumatique chronique

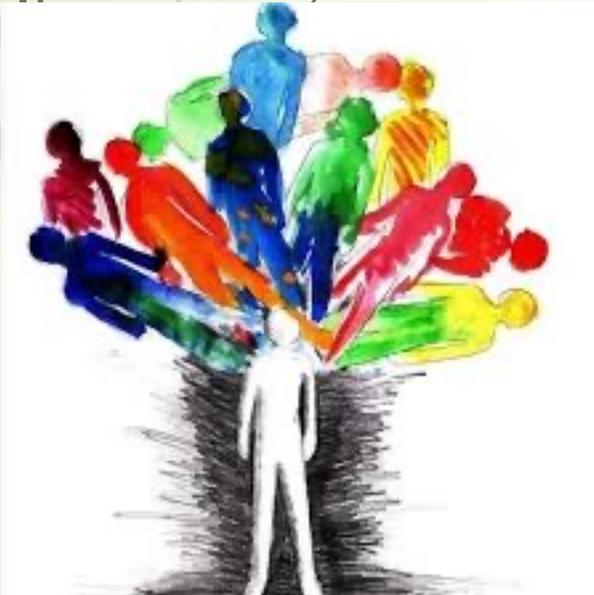


- ▶ La dissociation chronique intervient lorsque **la victime subit encore / reste en contact avec le système agresseur**. La persistance du danger et la sidération résultante maintiennent en permanence l'état dissociatif, et provoquent une **amnésie dissociative**.
- ▶ La victime dissociée ne peut identifier ni prendre la mesure de la gravité de la situation, en quelque sorte banalisée.
- ▶ Elle revit à chaque nouvelle agression la reviviscence des anciennes mais sans impact émotionnel, comme dans un brouillard indifférent.
- ▶ **Elle ne peut s'opposer au système agresseur**. Peu à peu, la violence physique et psychologique de l'auteur.e va coloniser la mémoire traumatique de la victime, intégrant de façon indifférenciée les propos violents, humiliants, culpabilisants, méprisants, pervers du système agresseur comme étant les siens. La victime ne peut en effet plus discerner ce qui lui appartient ou pas du fait de l'absence de la mémoire autobiographique. **La victime retourne ainsi la violence contre elle**, se croyant ainsi profondément mauvaise et haïssable, et pouvant par ailleurs idéaliser son bourreau.

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/dissociation-traumatique.html>

La dissociation structurelle selon Van Der Hart

- **Modèle de la dissociation structurelle** développé par **Onno van der Hart**, professeur de psychopathologie de la traumatisation chronique aux Pays-Bas.
- Les personnes traumatisées oscillent entre les moments où elles sont en proie à leur mémoire traumatique et les moments où elles sont dissociées, dans une relative inconscience du trauma. Il en résulte une **division de la personnalité en deux parties** :
 - une **Partie Apparemment Normale (PAN)** qui tente de gérer le quotidien
 - une **Partie Emotionnelle (PE)** qui contient la mémoire traumatique et les reviviscences traumatiques
- Selon le niveau de traumatisation (trauma chronique, polytraumas) **ces divisions de la personnalité vont augmenter, formant plusieurs PE et parfois plusieurs PAN.**
 - Dissociation structurelle primaire : une PAN et une PE (traumatismes simples, amnésie dissociative et troubles somatoformes)
 - Dissociation structurelle secondaire : une PAN et plusieurs PE (traumatismes complexes, troubles dissociatifs complexes, troubles anxio-dépressifs chroniques)
 - Dissociation structurelle tertiaire : plusieurs PAN et plusieurs PE (**troubles dissociatifs de l'identité**)



Troubles cognitifs et amnésies

Le traumatisme entraîne des troubles cognitifs importants chez les victimes : troubles de la mémoire (amnésies), de la concentration et de l'attention et de la conscience.



► 4 types d'amnésie

- **L'amnésie physiologique**, liée à l'âge (avant 2 à 3 ans) ou à une prise de toxiques (psychotropes, alcool, drogues)
- **L'amnésie lacunaire, ou ictus amnésique** ('trou noir') : amnésie transitoire globale caractérisée par une amnésie antérograde et rétrograde d'apparition soudaine qui dure généralement jusqu'à 24 heures
- **L'amnésie psychogène** : amnésie générée par le silence, le déni et l'interdiction plus ou moins explicite de reparler des violences
- **L'amnésie traumatique** : incapacité de se souvenir en totalité ou en partie d'éléments importants d'un événement traumatisant, liée à des mécanismes psycho-traumatiques dissociatifs.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/amn%C3%A9sies>

Troubles cognitifs et amnésie

L'amnésie peut être classée comme suit:

- **Rétrograde**: l'amnésie concernant les événements avant l'événement causal.
- **Antérograde**: l'incapacité à stocker de nouveaux souvenirs après l'événement causal.

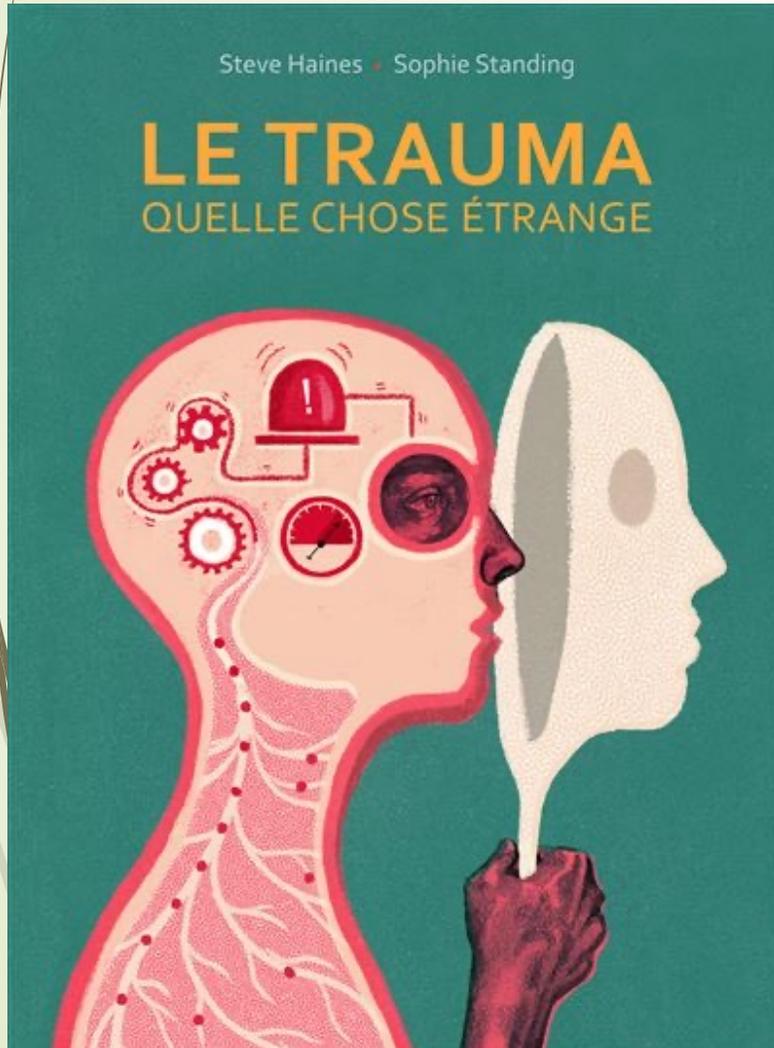
La perte de mémoire peut être de plusieurs types :

- **Amnésie localisée** (événement ou période spécifique)
- **Amnésie sélective** (seulement certains aspects d'un événement ou période donnée)
- **Amnésie généralisée** (toute l'identité et la biographie personnelle, certaines compétences)
- **Amnésie systématique** (informations d'une catégorie particulière : une personne par ex)
- **Amnésie continue** (un nouvel événement à mesure qu'il se produit)

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-dissociatifs/amn%C3%A9sie-dissociative>



Les troubles liés aux traumatismes



« *Les troubles psychiques liés au traumatismes sont des **conséquences normales de situations anormales.***

La mémoire traumatique et la dissociation sont responsables de toutes les conséquences médicales, somatiques et psychologiques, les plus sévères, les plus chroniques et les plus handicapantes. »

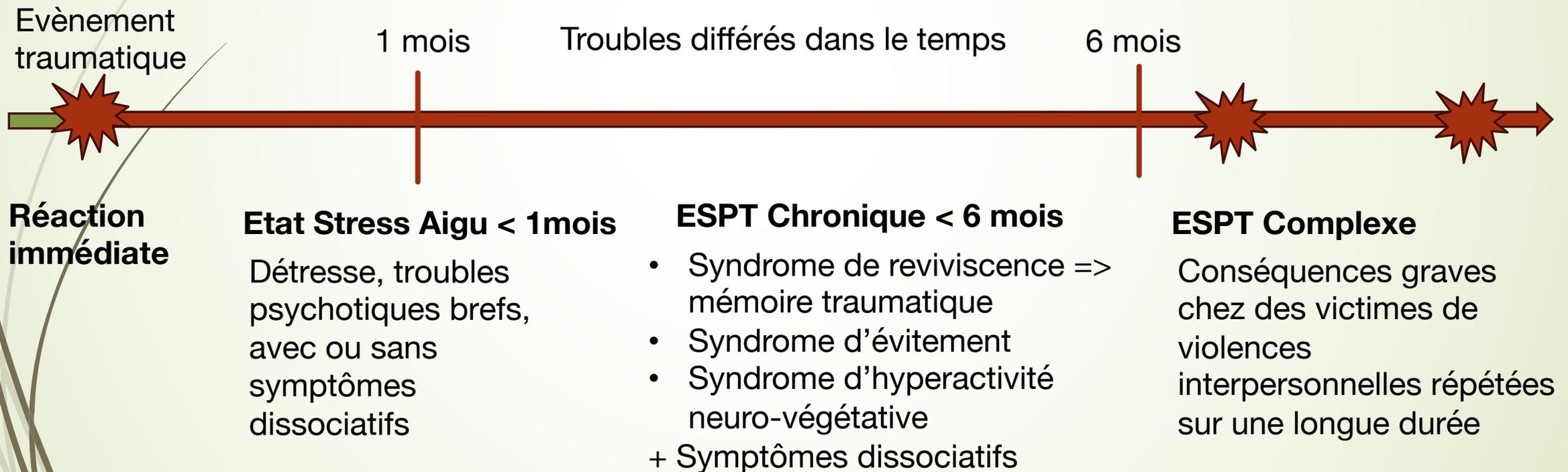
Dre Muriel Salmona

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>

- En quoi consistent ces troubles ?
 - Troubles psychiques spécifiques au trauma
 - Troubles psychiques associés au trauma
 - Troubles physiques associés au trauma
 - Troubles liés à la vie affective, sociale, professionnelle

Troubles psychiques spécifiques liés au traumatisme

- Etat de stress aigu (ESA)
- Etat de stress post-traumatique (ESPT)
- Etat de stress post-traumatique complexe



Troubles psychiques associés au traumatisme

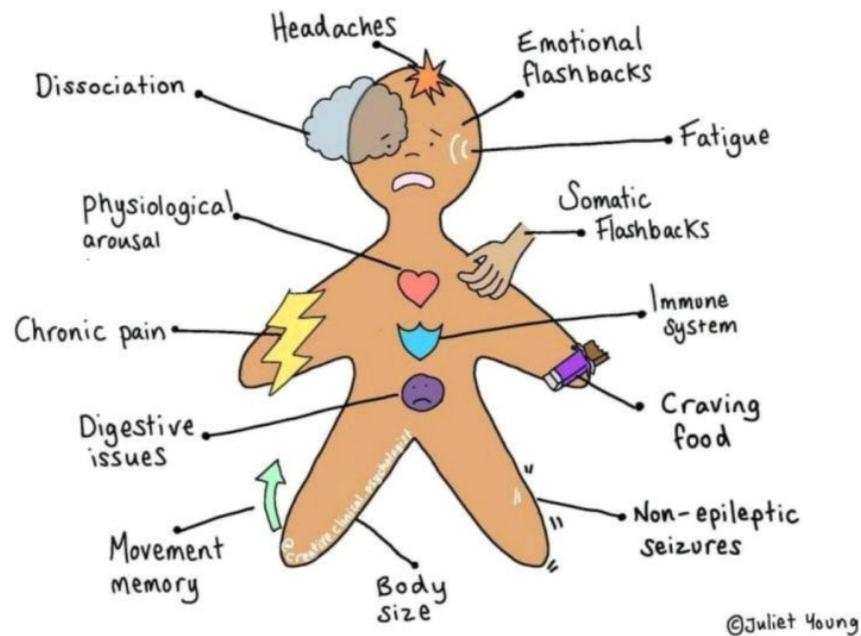
- **troubles de l'humeur** : dépression, épisodes maniaco-dépressifs.
- **troubles anxieux** : anxiété généralisée, crises d'angoisse, phobies, TOC.
- **troubles de la personnalité** : personnalité limite (border-line), asociale.
- **troubles du comportement auto-agressif** : tentatives de suicide, automutilation.
- **troubles addictifs** : consommation de drogues, d'alcool, jeux, polytoxicomanie.
- **troubles des conduites** : conduites à risques, violences, fugues, hypersexualité.
- **troubles du comportement alimentaire** : boulimie, anorexie, hyperphagie.
- **troubles du sommeil** : narcolepsie, cataplexie.
- **troubles de la concentration et de l'attention**
- **troubles de la sexualité**
- **estime de soi catastrophique / honte**



Troubles physiques associés au traumatisme

How Does the Body Keep the Score?

Sometimes when overwhelming traumatic events happen, the physiological energy can be pushed down into the body. This 'trapped trauma' energy can show in different ways...



Plaintes somatiques fréquentes, chroniques, résistantes

- **Fatigue chronique et douleurs chroniques intenses** : céphalées, douleurs musculo-squelettiques, lombalgies, douleurs neurogènes, prise de poids importante ou amaigrissement
- **Troubles gastro-intestinaux** : douleurs à l'estomac, nausées, vomissements, troubles du transit, ballonnement, colite spasmodique
- **Troubles génito-urinaires** : dysménorrhée, endométriose, vaginisme, douleurs pelviennes chroniques, cystites à répétition
- **Troubles cardio-vasculaires** : palpitations, hypertension
- **Troubles respiratoires** : asthme, bronchite chronique, essoufflement
- **Troubles neurologiques** : épilepsie
- **Troubles endocriniens** : troubles thyroïdiens, diabète
- **Troubles ORL** : acouphènes, otites, angines à répétition
- **Troubles dentaires**
- **Troubles dermatologiques** : eczéma, psoriasis, prurit
- **Troubles allergiques**

Troubles sur la vie personnelle, affective, sociale, scolaire ou professionnelle



- Risques de fugue / départ précoce de la famille / placement en foyer, seul(e), avec une vie amoureuse et sexuelle difficile, séparé(e) du partenaire ou d'enfants ou avec des grossesses précoces.
- Risques d'échec scolaire, d'interruption et d'abandon des études, orientations professionnelles non désirées.
- Risques de se retrouver sans travail, au chômage, en arrêt de travail prolongé, en invalidité pour handicap.
- Risques de se retrouver en retrait social, phobies sociales importantes.
- Risques de marginalisation, d'exclusion : sans logement, en situation de grande pauvreté, en situation prostitutionnelle.
- Risques de se retrouver à nouveau victime.
- Risques de délinquance, de violences agies.

Sortie de dissociation traumatique



- ▶ Lorsque le contexte de la victime évolue vers plus de sécurité (éloignement du système agresseur) ou au contraire en présence d'un choc encore plus violent débordant le système, **la dissociation peut se lever, permettant à la mémoire traumatique, toujours active, d'être intensément ressentie par la victime.**
- ▶ Cela peut entraîner une **véritable panique** pour la victime, qui peut se retrouver aux urgences psychiatriques ou être en proie à des idées suicidaires.
- ▶ C'est un **moment crucial** pour la victime traumatisée : il est **essentiel pour elle de disposer d'informations et de soins thérapeutiques spécialisés** pour gérer au mieux ce passage très délicat. Sans ce contexte sécurisant, la victime peut être tentée malgré elle de retourner vers le système agresseur pour retrouver l'anesthésie dissociative.