



DMOKA®

UNE APPROCHE INTÉGRATIVE DU TRAUMA COMPLEXE

Monographie théorico-clinique

Auteurs : Pascale Chavance, créatrice de la méthode DMOKA®
et Thierry Dudreuilh, directeur clinique % Académie-ACP

SOMMAIRE

1. Introduction théorico-clinique	2	4.4. DMOKA® et régulation des états traumatiques complexes	8
2. Cadre conceptuel de la DMOKA®	2	4.5. Implications cliniques et éthiques	8
2.1. Définition et principes organisateurs	2	5. Discussion, limites et perspectives	8
2.2. Intégration théorique et cohérence clinique	3	5.1. Positionnement clinique et originalité de la DMOKA®	8
2.3. Le trauma comme organisation adaptative	3	5.2. Apports cliniques observés	9
2.4. Temporalité non linéaire et processus thérapeutique	4	5.3. Limites actuelles	9
2.5. La relation thérapeutique comme espace d'intégration	4	5.4. Enjeux éthiques	9
3. Hypothèses neuro-émotionnelles de la DMOKA®	4	5.5. Perspectives de recherche et développement	10
3.1. Cadre épistémologique et précautions conceptuelles	4	5.5.1. Recherche qualitative et clinique :	10
3.2. Hypothèse centrale : le trauma complexe comme désorganisation dynamique multi-niveaux	4	5.5.2. Méthodes mixtes	10
3.3. Mémoire implicite, mémoire explicite et intégration progressive	5	5.5.3. Formation et transmission	10
3.4. Régulation autonome et co-régulation thérapeutique	5	5.5.4. Diffusion internationale et adaptation culturelle	10
3.5. Apport de l'hypothèse TLEi® (Technique de Libération des Émotions inconscientes)	5	5.5.5. Formalisation progressive	10
3.6. Oscillation thérapeutique et intégration inter-niveaux	6	5.6. Conclusion partielle	10
3.7. Hypothèse synthétique DMOKA®	6	6. Conclusion générale	10
4. Trauma simple et trauma complexe dans la méthode DMOKA®	6	Bibliographie sommaire	12
4.1. Clarification conceptuelle	6	Références francophones et pratiques cliniques	12
4.2. Limites des modèles de désensibilisation événementielle dans le trauma complexe	7	Références internationales (extraits)	12
4.3. Positionnement spécifique de la méthode DMOKA®	7		

1. INTRODUCTION THÉORICO-CLINIQUE

La clinique contemporaine du psychotraumatisme a connu, au cours des dernières décennies, un développement considérable, tant sur le plan conceptuel que méthodologique. Les progrès réalisés dans le champ des neurosciences, de la psychologie clinique et des psychothérapies dites fondées sur les preuves ont permis une meilleure compréhension des effets du stress traumatique sur les systèmes de régulation émotionnelle, la mémoire et le fonctionnement relationnel. Toutefois, ces avancées s'accompagnent d'une difficulté persistante : celle de rendre compte de manière satisfaisante des situations où le trauma ne se limite pas à un événement isolé, mais s'inscrit dans des configurations développementales, relationnelles et identitaires complexes.

La distinction désormais largement admise entre trauma simple et trauma complexe constitue une tentative de réponse à cette difficulté. Elle met en évidence que les manifestations cliniques observées dans les contextes de traumatismes répétés, précoces ou relationnels, ne relèvent pas uniquement d'un excès d'activation lié à des souvenirs spécifiques, mais d'altérations plus globales des capacités de régulation, de symbolisation et de relation. Dans ces situations, les approches centrées exclusivement sur la désensibilisation ciblée montrent des limites cliniques bien documentées, notamment en présence de dissociation, d'instabilité émotionnelle ou de troubles de l'attachement.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la Méthode DMOKA®, conçue comme une approche intégrative du psychotrauma et du trauma complexe¹. La DMOKA® repose sur l'hypothèse que le trauma complexe correspond moins à la persistance de contenus mnésiques pathogènes qu'à la stabilisation de modes d'organisation adaptatifs, élaborés en réponse à des

contextes de contrainte ou de menace prolongée. Ces organisations, initialement protectrices, tendent à se rigidifier et à structurer durablement l'expérience subjective, bien au-delà de la disparition du danger initial.

Du point de vue épistémologique, la DMOKA® s'inscrit dans une tradition théorico-clinique attentive à l'articulation entre observations cliniques et données issues des champs voisins. Elle ne vise pas à proposer un modèle neurobiologique unifié du trauma, mais à formuler des hypothèses opératoires permettant d'orienter la pratique clinique dans des situations de haute complexité. Cette posture implique une prudence méthodologique assumée : les concepts mobilisés sont utilisés comme des outils de compréhension et d'intervention, et non comme des explications causales définitives.

L'objectif de cette monographie est ainsi double : proposer un cadre conceptuel cohérent permettant de penser le trauma complexe au-delà des modèles événementiels ; et rendre compte d'une pratique clinique intégrative, fondée sur la reconnaissance des temporalités psychiques, des processus relationnels et des dimensions implicites de l'expérience. La DMOKA® se présente dans cette perspective comme un cadre évolutif, ouvert au dialogue interdisciplinaire et à la recherche clinique.

2. CADRE CONCEPTUEL DE LA DMOKA®

2.1. Définition et principes organisateurs

La Méthode DMOKA® peut être définie comme une approche psychothérapeutique intégrative visant la transformation progressive des organisations traumatiques complexes. Elle ne se présente ni comme une technique isolée ni comme un protocole standardisé, mais comme un cadre méthodologique structurant, au sein duquel différentes modalités

¹ Le terme de trauma complexe renvoie à des expériences traumatiques répétées, prolongées ou survenant dans des contextes relationnels significatifs, souvent précoces, et associées à des perturbations durables de la régulation émotionnelle, de l'identité et des relations interpersonnelles. Il se distingue du trauma simple, centré sur un événement circonscrit et identifiable.

d'intervention peuvent être articulées de manière cohérente et ajustée à la singularité du patient.

Le caractère dynamique de la DMOKA® renvoie à une conception processuelle du psychisme, dans laquelle les manifestations symptomatiques sont comprises comme des configurations évolutives plutôt que comme des entités fixes. Le qualificatif inter-niveaux ou multi-niveaux souligne l'implication simultanée de plusieurs niveaux de fonctionnement – corporel, émotionnel, cognitif, relationnel et symbolique² – dans les situations de trauma complexe. Enfin, la dimension cinétique met l'accent sur le mouvement psychique et relationnel comme condition nécessaire à toute transformation thérapeutique durable.

Dans ce cadre, le symptôme n'est pas envisagé comme un dysfonctionnement isolé, mais comme l'expression actuelle d'une solution adaptative ancienne. Cette conception s'inscrit dans une continuité avec des modèles cliniques qui reconnaissent la fonction protectrice initiale des défenses psychiques, tout en soulignant leur possible rigidification dans le temps.

2.2. Intégration théorique et cohérence clinique

L'intégration proposée par la DMOKA® repose sur une articulation cohérente de plusieurs champs théoriques, mobilisés en fonction de leur pertinence clinique pour la compréhension du trauma complexe :

- La psychotraumatologie contemporaine fournit un cadre général pour penser les effets du stress traumatique sur la régulation émotionnelle et la mémoire ;
- Les théories de l'attachement éclairent la dimension relationnelle du trauma, en particulier lorsque celui-ci survient dans des contextes précoces ou interpersonnels ;

- Les neurosciences affectives apportent des repères pour comprendre les mécanismes de régulation autonome et de plasticité émotionnelle.

Cette intégration ne vise pas une synthèse totalisante, mais une compatibilité conceptuelle autour d'un principe central : la transformation thérapeutique implique la mise en lien progressive de registres de l'expérience habituellement dissociés dans le trauma complexe. La DMOKA® se distingue ainsi d'un éclectisme technique en proposant une cohérence clinique fondée sur des hypothèses partagées concernant les mécanismes de désorganisation et de réorganisation psychique.

2.3. Le trauma comme organisation adaptative

Apport conceptuel central

Un apport central de la DMOKA® réside dans la conceptualisation du trauma comme organisation adaptative. Face à des situations perçues comme inéluctables ou menaçantes, le psychisme mobilise des stratégies de survie – dissociation, inhibition, hypervigilance, soumission relationnelle – qui permettent une continuité minimale du fonctionnement psychique. Ces stratégies sont initialement fonctionnelles et doivent être reconnues comme telles dans le cadre thérapeutique.

Dans le trauma complexe, ces organisations adaptatives tendent à se généraliser et à structurer durablement l'expérience subjective. Elles deviennent alors des modes de fonctionnement rigides, inadaptés aux contextes actuels, mais profondément ancrés. La DMOKA® propose d'aborder ces organisations non comme des résistances à lever, mais comme des points d'appui cliniques, porteurs d'une intelligence adaptative qu'il convient de reconnaître avant toute tentative de transformation.

² Par intégration inter-niveaux, on entend la capacité du sujet à articuler de manière fluide les dimensions corporelles, émotionnelles, cognitives et relationnelles de son expérience, sans clivage massif ni débordement émotionnel.

2.4. Temporalité non linéaire et processus thérapeutique

La DMOKA® se distingue par une conception **non linéaire** du processus thérapeutique. Contrairement aux modèles séquentiels stricts, elle postule que stabilisation, activation émotionnelle et symbolisation peuvent se succéder de manière itérative. Cette conception implique une attention constante portée au rythme subjectif du patient et à la qualité de la régulation émotionnelle au cours du travail thérapeutique.

La temporalité non linéaire constitue un élément central de la sécurité du cadre, en particulier dans les situations de vulnérabilité dissociative. Elle permet d'éviter les activations prématurées et de soutenir un processus d'intégration progressif.

2.5. La relation thérapeutique comme espace d'intégration

Enfin, la relation thérapeutique occupe une place centrale dans le cadre conceptuel de la DMOKA®. Elle est envisagée comme un **espace de co-régulation et d'intégration**, au sein duquel peuvent émerger, se transformer et se symboliser des expériences jusque-là restées implicites. La qualité de la présence thérapeutique et la capacité à tolérer l'incertitude constituent des facteurs déterminants du processus de transformation.

3. HYPOTHÈSES NEURO-ÉMOTIONNELLES DE LA DMOKA®

3.1. Cadre épistémologique et précautions conceptuelles

Les hypothèses neuro-émotionnelles développées dans le cadre de la DMOKA® s'inscrivent dans une démarche théorico-clinique articulée, visant à éclairer les processus observés en situation thérapeutique à la lumière des connaissances contemporaines en neurosciences affectives et en psychotraumatologie. Elles ne constituent ni un modèle explicatif exhaustif du fonctionnement cérébral, ni une tentative de réduction de la clinique à des mécanismes neurobiologiques isolés.

La DMOKA® adopte une **position intermédiaire** entre clinique et neurosciences, dans laquelle les concepts neuro-émotionnels sont utilisés comme outils heuristiques, permettant de formuler des hypothèses opératoires et d'orienter l'intervention thérapeutique. Cette posture implique une prudence méthodologique explicite : les corrélats neurobiologiques évoqués ne sont pas considérés comme des causes univoques, mais comme des niveaux de description complémentaires d'un même phénomène clinique complexe.

3.2. Hypothèse centrale : le trauma complexe comme désorganisation dynamique multi-niveaux

Hypothèse centrale

L'hypothèse centrale de la DMOKA® est que le trauma complexe correspond à une désorganisation durable et dynamique des systèmes impliqués dans la régulation émotionnelle, la mémoire et la relation, plutôt qu'à la simple persistance de souvenirs traumatiques non traités. Cette désorganisation affecte simultanément plusieurs niveaux du fonctionnement psychique et physiologique, rendant insuffisantes les interventions ciblant un seul registre.

Sur le plan clinique, cette désorganisation se manifeste par des oscillations marquées entre :

- **des états d'hyperactivation émotionnelle** : anxiété, colère, panique, agitation ;
- **des états d'hypoactivation** : engourdissement émotionnel, retrait, dissociation.

Ces états peuvent se succéder rapidement ou coexister de manière fragmentée, traduisant une instabilité des mécanismes de régulation plutôt qu'un déficit de contrôle volontaire.

La DMOKA® postule que ces phénomènes reflètent une **fragmentation fonctionnelle** entre différents réseaux impliqués dans le traitement de l'information émotionnelle, la mémoire et l'engagement relationnel. Le trauma complexe entraverait ainsi la capacité du sujet à coordonner ces réseaux de manière flexible et contextuellement adaptée.

3.3. Mémoire implicite, mémoire explicite et intégration progressive

Un axe fondamental des hypothèses DMOKA® concerne le rôle central de la **mémoire implicite**³ dans le trauma complexe. Les expériences traumatiques précoces ou répétées sont fréquemment encodées sous forme de traces mnésiques non verbalisables, associées à des états corporels, des affects bruts ou des schémas relationnels automatiques. Ces traces implicites s'expriment dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique, souvent en dehors de toute narration consciente.

La DMOKA® fait l'hypothèse que la transformation thérapeutique **ne nécessite pas obligatoirement** l'accès explicite à des souvenirs traumatiques détaillés. Elle repose plutôt sur un processus de **mise en lien progressive** entre les dimensions implicites de l'expérience et des formes plus élaborées de représentation, lorsque les conditions de sécurité et de régulation le permettent.

Ce processus peut être rapproché des modèles de reconsolidation mnésique, dans lesquels les traces implicites, lorsqu'elles sont activées dans un contexte relationnel sécurisé et modulé, peuvent être réinscrites dans des réseaux plus intégrés. La DMOKA® insiste toutefois sur le caractère graduel et non linéaire de cette intégration, particulièrement dans les situations de vulnérabilité dissociative.

3.4. Régulation autonome et co-régulation thérapeutique

Les apports des neurosciences affectives ont mis en évidence le rôle central des systèmes de régulation autonome dans la réponse au stress traumatique. La DMOKA® intègre ces données en postulant que le trauma complexe **altère la capacité du sujet à ajuster** de manière flexible son niveau d'activation physiologique en fonction du contexte.

Cliniquement, cette altération se manifeste par :

- une hypersensibilité aux stimuli perçus comme menaçants ;
- ou une tendance au retrait, à l'inhibition et à la dissociation.

Dans ce cadre, la relation thérapeutique est conçue comme un **espace de co-régulation**, permettant au patient d'expérimenter des états émotionnels partagés, tolérables et progressivement intégrables.

La DMOKA® fait l'hypothèse que la répétition de ces expériences de co-régulation favorise une **plasticité des systèmes impliqués dans la régulation émotionnelle**, soutenant le développement ultérieur de capacités d'auto-régulation plus stables.

3.5. Apport de l'hypothèse TLEi® (Technique de Libération des Émotions inconscientes)

Hypothèse TLEi® – Apport spécifique

Dans le cadre DMOKA®, la TLEi® (Technique de Libération des Émotions inconscientes – en Anglais RISE™ : Resonant Integration of Somatic Experience) désigne la phase initiale (le plus souvent) et centrale du processus thérapeutique. Elle combine simultanément stimulation kinesthésique bilatérale alternée rapide et répétition vocale mécanique de mots-sensations issus du patient lui-même.

³ La mémoire implicite désigne des formes de mémoire non conscientes, exprimées à travers des réponses corporelles, émotionnelles ou comportementales, sans accès direct à une représentation narrative explicite.

Cette phase agit d'abord sur le plan somatique et intéroceptif – par résonance vibratoire entre la voix et les engrammes corporels – et produit une saturation sémantique qui libère progressivement les mots de leur charge traumatique. Elle est suivie d'une phase oculaire de stabilisation, puis d'une reprogrammation active et d'une consolidation prolongée.

Ce séquençage fonctionnel en quatre phases constitue l'originalité structurelle de la DMOKA® par rapport aux méthodes de stimulation bilatérale non séquencées.

3.6. Oscillation thérapeutique et intégration inter-niveaux

Une spécificité de la DMOKA® réside dans l'attention portée à l'**oscillation interhémisphérique thérapeutique** – de rapide à lente – entre activation et apaisement, expérience et symbolisation, engagement relationnel et retrait. Cette oscillation est considérée comme un indicateur clinique majeur de la capacité d'intégration inter-niveaux.

Lorsque cette oscillation devient possible – d'abord généralement oculaire (visuelle) puis à la fois kinesthésique (tactile) et vocale/sonore (auditive et résonnante) – phrase programmatique positive trouvée par le patient au cours de la séance – elle témoigne d'une diminution de la rigidité adaptative et d'une augmentation de la tolérance à la complexité émotionnelle. La DMOKA® postule que c'est dans ce mouvement contenu, soutenu par le cadre et la relation thérapeutique, que s'opère l'essentiel du travail de réorganisation neuro-émotionnelle, de co-régulation et d'intégration progressive.

3.7. Hypothèse synthétique DMOKA®

En synthèse, la DMOKA® propose l'hypothèse que **le trauma complexe correspond à une désorganisation dynamique multi-niveaux**, impliquant des **altérations de la régulation émotionnelle, de la mémoire implicite et de la relation**.

La transformation thérapeutique ne résulte pas d'une désactivation ponctuelle de contenus traumatiques, mais d'un **processus progressif de réorganisation intégrative**, soutenu par une stimulation plurielle, modulée et relationnelle.

4. TRAUMA SIMPLE ET TRAUMA COMPLEXE DANS LA MÉTHODE DMOKA®

4.1. Clarification conceptuelle

Trauma simple	Trauma complexe
Événement unique, circonscrit dans	Expositions répétées, prolongées
Temporalité identifiable – “avant” et	Structure traumatique durable,
Menace pour l'intégrité physique ou psychique	Contexte relationnel significatif (p.ex. enfance, négligence,
Focus sur l'événement isolé	Altération des modes de régulation

La distinction entre trauma simple et trauma complexe constitue aujourd'hui un axe structurant de la psychopathologie du traumatisme. Elle ne renvoie pas uniquement à la nature de l'événement traumatique, mais à la configuration neuro-émotionnelle, relationnelle et développementale de ses effets.

Cette distinction est aujourd'hui reconnue par de nombreuses classifications cliniques et modèles intégratifs, mais elle pose un défi majeur aux approches thérapeutiques fondées exclusivement sur la désensibilisation événementielle.

4.2. Limites des modèles de désensibilisation événementielle dans le trauma complexe

Les méthodes centrées sur le retraitement d'un souvenir cible, bien établies dans le traitement du trauma simple, montrent des limites récurrentes dans les situations de trauma complexe.

Ces limites ne relèvent pas d'un défaut technique, mais d'un décalage de niveau entre l'objet du traitement et la nature du trouble.

Dans le trauma complexe :

- il n'existe souvent pas de souvenir unique organisateur ;
- les affects sont diffus, massifs ou dissociés ;
- la détresse est activée par des états internes plutôt que par des stimuli externes identifiables ;
- les systèmes d'attachement, de honte et de régulation émotionnelle sont profondément impliqués.

La focalisation sur un souvenir précis risque alors :

- de provoquer des débordements émotionnels ;
- de renforcer des mécanismes dissociatifs ;
- ou d'échouer à produire une transformation durable du fonctionnement psychique.

Ces constats cliniques ont conduit à la nécessité de penser des interventions qui travaillent non seulement sur le contenu mnésique, mais sur l'organisation même des systèmes neuro-émotionnels.

4.3. Positionnement spécifique de la méthode DMOKA®

La DMOKA® dispose d'une modalité spécifique de travail du trauma complexe : la **mobilisation coordonnée du corps, de la voix, du rythme, du sens et des mouvements oculaires**.

La méthode se distingue par son positionnement trans-événementiel. Elle ne postule pas que la résolution du trauma passe nécessairement par l'identification et le retraitement d'un souvenir traumatique isolé.

Cette double vocation s'exprime concrètement dans deux modalités d'usage distinctes :

- Pour les professionnels de la relation d'aide – coaches, éducateurs spécialisés, conseillers – la DMOKA® offre un outil de retraitement rapide et ponctuel des traumas simples, identifiés et circonscrits, dans le cadre d'un accompagnement non clinique. La Phase 1 TLEi® permet d'accéder directement à l'engramme somatique sans nécessiter de verbalisation détaillée de l'événement.
- Pour les psychothérapeutes et cliniciens, la DMOKA® constitue un cadre psychothérapeutique intégratif complet, capable de s'appuyer sur les traumas complexes – souvent non verbalisables, précoces ou transgénérationnels – comme base et point de départ du processus de la cure.

Dans la DMOKA®, le trauma – simple ou complexe – est conceptualisé comme une **dynamique de verrouillage neuro-émotionnel**, résultant d'une désorganisation des processus naturels d'intégration affective, sensorielle et relationnelle.

TRAUMA SIMPLE : La DMOKA® agit comme un facilitateur d'intégration rapide, souvent sans nécessiter une verbalisation détaillée de l'événement.

TRAUMA COMPLEXE : La DMOKA® permet un travail progressif sur les états internes, les patterns émotionnels récurrents et les modes de réponse automatiques, indépendamment d'un récit traumatique explicite.

Ce déplacement du centre de gravité thérapeutique – du souvenir vers l'état – constitue un apport majeur de la méthode.

4.4. DMOKA® et régulation des états traumatiques complexes

Dans le trauma complexe, la priorité thérapeutique n'est pas la désensibilisation, mais la **restauration de la capacité de régulation**.

La DMOKA® s'inscrit dans cette logique en mobilisant :

- des stimulations bilatérales adaptées à la tolérance du patient ;
- une attention fine aux micro-variations émotionnelles ;
- une modulation progressive de l'intensité des activations ;
- un cadre sécurisant favorisant la ré-appropriation de l'expérience interne.

Cette approche permet :

- de réduire la charge émotionnelle sans retraumatisation ;
- d'augmenter la fenêtre de tolérance affective ;
- de restaurer une continuité de l'expérience subjective ;
- de favoriser l'émergence de nouvelles organisations émotionnelles plus flexibles.

Dans ce cadre, la transformation ne se mesure pas uniquement à la disparition d'un symptôme, mais à l'évolution globale du rapport du sujet à ses affects, à son corps et à ses relations.

4.5. Implications cliniques et éthiques

La distinction trauma simple / trauma complexe engage des implications cliniques et éthiques majeures. Une méthode qui ne reconnaît pas cette différence risque d'imposer au patient un travail inadapté, voire délétère.

La DMOKA® revendique explicitement :

- une adaptation constante au niveau de structuration du patient ;
- une absence d'obligation de remémoration détaillée ;
- une priorité donnée à la sécurité psychique ;
- une posture thérapeutique non intrusive.

Cette **éthique de la régulation**, plutôt que de l'exposition, s'avère particulièrement pertinente dans les contextes de trauma développemental, d'attachement insécure et de dissociation.

5. DISCUSSION, LIMITES ET PERSPECTIVES

5.1. Positionnement clinique et originalité de la DMOKA®

La DMOKA® s'inscrit dans le champ contemporain des psychothérapies du trauma en proposant un cadre intégratif et évolutif, dont une des orientations est spécifiquement destinée aux situations de trauma complexe. Son originalité repose sur la requalification des symptômes comme expressions d'organisations adaptatives, plutôt que comme dysfonctionnements isolés. Cette perspective permet de dépasser la focalisation événementielle traditionnelle et d'offrir un cadre thérapeutique sécurisant et modulé, capable de soutenir des patients souvent considérés comme « résistants » ou « difficiles ».

La DMOKA® se distingue également par son accent sur l'intégration inter-niveaux, c'est-à-dire sur la coordination progressive des dimensions corporelle, émotionnelle, cognitive, relationnelle et symbolique de l'expérience traumatique. Cette approche favorise l'émergence d'un processus thérapeutique non linéaire, dans lequel activation, régulation, symbolisation et co-régulation relationnelle s'entrelacent pour produire une transformation durable.

Au-delà de son efficacité dans le traitement du trauma, la DMOKA® ouvre une perspective plus large. Son attention aux symptômes de désorganisation et de dérégulation autonome dans l'ici-et-maintenant de la séance – sensations physiques, affects bruts, cognitions négatives sur soi – s'articule avec un travail approfondi d'anamnèse : exploration de la trajectoire de vie, de l'héritage transgénérationnel, des systèmes de croyances, des appartenances culturelles, familiales, sociales et professionnelles du patient.

Cette articulation entre le somatique immédiat et la profondeur historique du sujet suggère que la DMOKA® constitue, au-delà d'une méthode de désensibilisation, un cadre psychothérapeutique intégratif plus large – dont les symptômes post-traumatiques seraient moins l'objet exclusif que le point d'entrée privilégié. Cette hypothèse, qui excède le cadre du présent article, mériterait d'être explorée dans des travaux ultérieurs.

5.2. Apports cliniques observés

- **Travail trans-événementiel** : la méthode fonctionne même lorsque le souvenir traumatique est fragmenté, implicite ou inaccessible verbalement.
- **Restauration de la régulation** : la co-régulation thérapeutique et la modulation progressive des activations favorisent la plasticité neuro-émotionnelle.
- **Sécurité et continuité subjective** : le patient peut explorer ses états internes sans débordement, ce qui facilite la réappropriation de sa capacité de symbolisation et de relation.
- **Flexibilité intégrative** : les outils issus d'autres approches (corporels, cognitifs, expérientiels) peuvent être intégrés sans rompre la cohérence globale du processus.

Ces effets permettent une transformation globale et durable, mesurée non seulement par la diminution symptomatique, mais par l'évolution du rapport du sujet à ses affects, à son corps et à ses relations.

5.3. Limites actuelles

- **Absence d'études quantitatives contrôlées** : Les hypothèses reposent actuellement sur des observations cliniques et des articulations théoriques avec des modèles existants (Schoore, van der Kolk, Siegel, Porges, Ogden).

- **Absence d'études quantitatives contrôlées** : Les hypothèses reposent actuellement sur des observations cliniques et des articulations théoriques avec des modèles existants (Schoore, van der Kolk, Siegel, Porges, Ogden).
- **Exigences élevées pour le thérapeute** : La méthode requiert une posture réflexive, une tolérance à l'incertitude et une capacité de co-régulation fine, conditions nécessaires à la sécurité du patient.
- **Souplesse du cadre** : La flexibilité qui constitue un atout peut représenter un défi pour des praticiens en quête de protocoles standardisés ou en contexte institutionnel rigide.
- **Besoins de formation et supervision** : La pratique de la DMOKA® nécessite un apprentissage approfondi et une supervision continue, notamment pour les cas de trauma complexe ou dissociatif.

5.4. Enjeux éthiques

Travailler avec des patients présentant un trauma complexe engage des responsabilités éthiques importantes. La DMOKA® s'appuie sur plusieurs principes clés :

- **Respect de l'idiorythme et des limites du patient** : l'activation de souvenirs ou d'états émotionnels est modulée en fonction de la tolérance individuelle ;
- **Posture non intrusive** : le thérapeute ne force jamais la cuirasse émotionnelle, la verbalisation ou l'exposition, mais accompagne l'expérience implicite et symbolique ;
- **Supervision et formation** : le maintien de la sécurité et de la pertinence clinique passe par une réflexion continue et un encadrement professionnel rigoureux.

Ces principes garantissent que l'interprétation clinique et l'intervention thérapeutique restent centrées sur le patient, tout en réduisant le risque de retraumatisation.

5.5. Perspectives de recherche et développement

5.5.1. Recherche qualitative et clinique :

Documenter les trajectoires thérapeutiques, les processus de transformation et les facteurs facilitants ou entravant l'intégration.

5.5.2. Méthodes mixtes

Combiner indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour mieux comprendre la plasticité émotionnelle et les changements organisationnels induits par la méthode.

5.5.3. Formation et transmission

Structurer des dispositifs modulaires, incluant supervision, niveaux de certification et formation continue.

5.5.4. Diffusion internationale et adaptation culturelle

Concevoir la méthode comme un cadre évolutif, susceptible de s'enrichir au contact de pratiques et de cultures diverses.

5.5.5. Formalisation progressive

Création d'outils pédagogiques, manuels et supports numériques permettant la diffusion tout en préservant la cohérence clinique.

5.6. Conclusion partielle

La DMOKA® ne prétend pas offrir une réponse universelle au trauma complexe. Elle constitue cependant un cadre opératoire cohérent, capable de prendre en compte la complexité, la temporalité et la singularité des trajectoires traumatiques. En combinant intégration inter-niveaux, co-

régulation thérapeutique et approche trans-événementielle, elle ouvre des voies nouvelles pour la clinique, la formation et la recherche sur le trauma complexe.

6. CONCLUSION GÉNÉRALE

La Méthode DMOKA® s'affirme comme une approche intégrative innovante du trauma complexe, articulant observations cliniques, hypothèses neuro-émotionnelles et principes thérapeutiques.

Elle repose sur une conception dynamique et multi-niveaux du psychisme traumatisé, où les symptômes ne sont pas considérés comme des dysfonctionnements isolés, mais comme l'expression actuelle d'organisations adaptatives ayant assuré la survie psychique dans des contextes de menace prolongée ou répétée.

L'analyse théorico-clinique présentée dans cette monographie met en évidence plusieurs contributions majeures :

1. **Déplacement du focus thérapeutique** : du contenu traumatique isolé vers la transformation des états internes et des modes d'organisation implicites, permettant de travailler efficacement même en l'absence de souvenirs clairement verbalisables.
2. **Intégration inter-niveaux** : la DMOKA® favorise la coordination progressive des dimensions corporelle, émotionnelle, cognitive, relationnelle et symbolique, assurant une réorganisation adaptative durable.
3. **Cadre sécurisant et non linéaire** : la méthode prend en compte la temporalité subjective et les oscillations entre activation et régulation, évitant la retraumatisation et soutenant la plasticité neuro-émotionnelle.
4. **Posture éthique et réflexive** : elle requiert une vigilance constante sur la sécurité, la co-régulation et le respect des limites du patient, consolidée par la supervision et la formation clinique.

Les hypothèses neuro-émotionnelles formulées suggèrent que le trauma complexe correspond à une désorganisation dynamique multi-niveaux, impliquant des altérations de la mémoire implicite, des systèmes de régulation autonome et des capacités relationnelles. La transformation thérapeutique ne résulte pas d'une désactivation ponctuelle de souvenirs traumatiques, mais d'un processus progressif et modulé de réorganisation inter-niveaux, soutenu par la relation thérapeutique et la stimulation graduée des différents registres de l'expérience.

**Le trauma complexe ne se guérit pas par la suppression d'un souvenir,
mais par la restauration de la capacité du système à se transformer.**

**La DMOKA® ne corrige pas le système de l'extérieur.
Elle le remet en capacité de se reconfigurer lui-même.**

Sur le plan scientifique, la DMOKA® offre un cadre théorico-clinique fertile pour la recherche : études qualitatives sur les processus de transformation, méthodologies mixtes combinant observations cliniques et indicateurs physiologiques, élaboration de protocoles de formation et de supervision pour les praticiens.

Conçue comme un cadre évolutif, capable de s'adapter aux pratiques internationales et aux contextes culturels variés, la DMOKA® ouvre de nouvelles perspectives pour une clinique du trauma respectueuse de la complexité humaine, visant à restaurer la continuité subjective, la régulation émotionnelle et l'intégration relationnelle, au service de la transformation durable et de la résilience psychique.

© Pascale Chavance, orthoptiste DE, créatrice de la DMOKA® - Présidente d'honneur ;
Et Thierry Dudreuilh, chercheur indépendant, analyste psycho-somato-social -
Directeur clinique % Académie-ACP•PCE-Academy  mediation@mac.com
Académie DMOKA® pour le traitement du trauma et du trauma complexe
S'informer / Trouver un praticien / Devenir praticien : <https://www.DMOKA.fr>

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

Références francophones et pratiques cliniques

- Beaulieu, D. (2013). L'intégration par les mouvements oculaires: Manuel pratique de la thérapie IMO. Québecor.
- Bottaccioli, F. (1998). *Psychoneuroimmunologie*. Marco Pietteur.
- Dars Corbett, M. (1995). *Le yoga des yeux*. Marabout.
- Friedberg, F. (2006). Comprendre et pratiquer la technique des mouvements oculaires (EMT): Pour soulager les tensions émotionnelles. InterÉditions.
- Parnell, L. (1997). Transforming trauma: EMDR: The revolutionary new therapy for freeing the mind, clearing the body, and opening the heart. W. W. Norton & Company.
- Roques, J. (2013). *Découvrir l'EMDR*. Marabout.
- Servan-Schreiber, D. (2003). Guérir: Le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse. Robert Laffont / Pocket (selon édition utilisée).
- Shapiro, F., & Silk Forrest, M. (2004). Des yeux pour guérir: EMDR, la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes (D. Servan-Schreiber, préf.). Éditions du Seuil.

Références internationales (extraits)

- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. Guilford Press.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. Basic Books.
- Schore, A. N. (2003). Affect regulation and the repair of the self. W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Penguin Books.
- Siegel, D. J. (2012). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are (2nd ed.). Guilford Press.
- Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton & Company.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. W. W. Norton & Company.
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and the path to integration. Vandenhoeck & Ruprecht / Springer (selon édition).