



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

L'évolution psychiatrique 74 (2009) 487–496

**L'ÉVOLUTION
PSYCHIATRIQUE**

www.em-consulte.com

Trauma

La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme

*Understanding dissociation: an important element in the
treatment of trauma*

Marianne Kédia^{a,*,b}

^a *Docteur en psychologie, attachée temporaire d'enseignement et de recherche, laboratoire
EVACLIPSY, université Paris-X, 200, avenue de la République 92001
Nanterre cedex, France*

^b *Psychologue, centre du psychotrauma, institut de victimologie, 131,
rue de Saussure, 75017 Paris, France*

Reçu le 21 juillet 2008

Disponible sur Internet le 29 octobre 2009

Résumé

Le concept de dissociation est aujourd'hui central dans la compréhension et la prise en charge des troubles psychotraumatiques. Si son importance fait consensus dans la littérature internationale, sa définition reste source de confusion et de méprise dans la terminologie française. L'objectif de cet article est donc de revenir sur l'historique du concept, de sa création par Pierre Janet aux classifications diagnostiques actuelles. Dans un second temps, nous évoquerons les différentes conceptions modernes de la dissociation, en particulier dans le champ du psychotrauma. Enfin, nous discuterons des outils permettant d'évaluer les phénomènes dissociatifs et les questions thérapeutiques qui se posent face à un patient dissocié.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Dissociation ; Pierre Janet ; Syndrome post traumatique ; Histoire de la psychiatrie ; Nosologie

Abstract

Understanding dissociation is central to the treatment of trauma. Although the importance thereof is recognized in the international literature, the actual definition remains a source of confusion in the French terminology. The purpose of this article is to review the concept from its origins in the work of Pierre Janet to contemporary diagnostic classifications. In addition, modern conceptions of dissociation will be discussed,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mariannekedia@yahoo.fr.

particularly in the field of psychotrauma. Finally, psychometric tools used in the evaluation of dissociation will be presented as well as the questions arising when treating dissociated patients.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Dissociation; Pierre Janet; PTSD; History of psychiatry; Classification

1. Introduction

La dissociation psychique peut être définie comme la rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement [1,2]. Prise en ce sens, qui est celui que lui avait donné Pierre Janet, la dissociation est aujourd'hui un concept majeur dans le champ de la psychotraumatologie. Les très nombreuses recherches qui y sont consacrées mettent en avant son rôle fondamental dans la constitution de la pathologie traumatique.

Malgré ce regain d'intérêt pour un concept d'origine française, la psychiatrie hexagonale comprend souvent le terme de « dissociation » dans un sens bien éloigné de ses origines. En effet, dans la terminologie psychiatrique française, le terme « dissociation » renvoie souvent à celui de « *Spaltung* » utilisé en 1911 par Eugen Bleuler [3] dans sa conceptualisation de la schizophrénie. Bleuler décrit la dissociation comme un ensemble syndromique pathognomonique incluant l'impénétrabilité, la bizarrerie, le détachement et l'ambivalence. En même temps que Bleuler, l'aliéniste français Philippe Chaslin [4] décrit le groupe des « folies discordantes », pathologies caractérisées par une incohérence observable dans le discours, les émotions et le comportement psychomoteur. Ces concepts sont assez proches et souvent confondus. Ainsi, la traduction française de « *Spaltung* » renvoie tantôt à la dissociation, tantôt à la discordance ou encore au clivage du Moi. Mais dans les deux cas, le terme « dissociation » sert à qualifier un processus caractéristique de la psychose ou des états limites.

2. Un concept d'origine française

L'acception d'origine n'a pourtant aucun rapport avec la schizophrénie. Le terme de dissociation est utilisé pour la première fois en 1845 par Jacques-Joseph Moreau de Tours [5], pour décrire les phénomènes psychiques observés chez les consommateurs de haschich. Il sera ensuite repris par Pierre Janet pour décrire le mécanisme à l'œuvre dans l'hystérie, cette théorie ayant inspiré celle de Bleuler.

La théorie de Janet [6] décrit, en dessous du niveau de conscience, une activité subconsciente, qualifiée « d'automatisme psychologique » en raison de sa spontanéité et de sa régularité (Janet revendique la paternité du mot « subconscient », qu'il préfère à celui d'« inconscient », renvoyant à l'époque à la conception métaphysique de von Hartmann [7]).

Pour Janet, la pensée normale synthétise les niveaux subconscient et conscient, ce qui permet l'unité du Moi et organise l'activité présente. Mais chez certains sujets, hystériques notamment, s'opère un « rétrécissement du champ de la conscience » dans lequel l'individu n'arrive plus à synthétiser les différents phénomènes psychologiques. Certains phénomènes sont donc enregistrés par la conscience alors que les autres ne sont pris en compte que par le subconscient, ils en sont dissociés. La dissociation de Janet décrit donc une compartimentalisation de fonctions psychiques

restées intègres, alors que la *Spaltung* de Bleuler rend compte d'une fragmentation des fonctions elles-mêmes.

Pour qualifier ce phénomène, Janet parle en 1889 de « désagrégation mentale », le terme « dissociation » n'apparaissant qu'une fois dans *l'Automatisme Psychologique* en note de bas de page. Plus tard, c'est le terme « dissociation » qui sera repris dans la traduction américaine des œuvres de Janet, ce qui conduira l'auteur à l'utiliser de façon plus systématique.

Selon Janet, le rétrécissement du champ de la conscience est provoqué par des émotions extrêmes ou par épuisement, et peut conduire à un état de « misère psychologique ». La dissociation survient donc quand divers éléments perturbent la capacité de synthèse. Cette perturbation provoque une scission psychique, dans laquelle les pensées, les émotions et les comportements peuvent fonctionner de manière automatique [6]. La dissociation est donc décrite comme un processus psychique pouvant être à l'origine de certains symptômes.

Janet met directement en cause les traumatismes psychologiques dans l'étiologie de la dissociation : ils affaiblissent la capacité de synthèse psychologique et provoquent à plus long terme cet état de faiblesse psychologique dans lequel les éléments dissociés peuvent revenir à la conscience. Pour illustrer sa thèse, Janet décrit de nombreux cas de traumatismes, comme celui resté célèbre de Marie. Cette jeune hystérique de 19 ans est « considérée comme folle et on désespérait de sa guérison » ([6], p. 481). Lors de ses crises convulsives et de délire, elle présente ce que nous appellerions aujourd'hui des symptômes de reviviscence, conséquences de traumatismes antérieurs mis à jour par Janet grâce à l'hypnose.

La conception janétienne de la dissociation, d'une étonnante modernité, a inspiré en plus de Bleuler, de nombreux auteurs parmi lesquels Sigmund Freud et Joseph Breuer [8]. Dans les *Études sur l'hystérie*, ils mettent également en avant le rôle de la dissociation et du traumatisme dans la genèse de l'hystérie. Mais quand Janet affirme que la dissociation est le fruit d'une faiblesse psychologique, Freud et Breuer avancent l'idée contraire selon laquelle le Moi réprime activement les souvenirs traumatiques douloureux. La dissociation serait donc un mécanisme de défense qui protégerait la conscience. Ainsi : « nos observations montrent qu'un traumatisme grave (comme celui d'une névrose traumatique), une répression pénible (celle de l'affect sexuel, par exemple) peuvent provoquer, même chez un sujet normal, une dissociation des groupes de représentations et c'est en cela que consisterait le mécanisme de l'hystérie psychiquement acquise » ([8], p. 9). Cette conception s'éloigne donc du modèle janétien pour donner naissance à la théorie du refoulement.

3. La classification des troubles dissociatifs

L'expansion de la théorie psychanalytique a éclipsé pendant de nombreuses décennies la psychologie de Pierre Janet. Mais depuis une trentaine d'années, la définition janétienne de la dissociation revient au premier plan, notamment sur l'impulsion des spécialistes anglo-saxons du psychotrauma. Ce regain d'intérêt a eu pour conséquence la création d'une catégorie de troubles dissociatifs au sein des classifications internationales. Dans le DSM-IV [2], cette catégorie regroupe cinq troubles :

- l'amnésie dissociative : il s'agit de l'amnésie « lacunaire » ou « hystérique » des classifications traditionnelles. C'est une perte de mémoire de tous les événements d'une période circonscrite (allant de quelques heures à quelques années) ;
- la fugue dissociative : il s'agit d'une fugue du domicile ou du lieu de travail, accompagnée d'une perte de la connaissance de sa propre identité, cette dernière étant souvent remplacée par une nouvelle. Une fois la fugue terminée, le sujet présente une amnésie la concernant ;

- le trouble dissociatif de l'identité : il était autrefois appelé « trouble de la personnalité multiple », mais la définition actuelle comporte quelques modifications. Ainsi, le sujet présente deux personnalités ou plus, chacune ayant sa mémoire, ses capacités et son caractère propres ;
- le trouble de dépersonnalisation : il s'agit d'une impression récurrente et persistante d'étrangeté et d'irréalité du Moi et du monde extérieur ;
- les troubles dissociatifs non spécifiés : ce sont les états dans lesquels les symptômes de dissociation sont présents et dominants, le tableau clinique ne remplissant pas tous les critères spécifiques d'un trouble dissociatif particulier (c'est le cas par exemple les états de transe).

Ces troubles concerneraient 10 % de la population générale et 16 % des patients hospitalisés en psychiatrie [9]. Ils n'apparaissent pas exclusivement à la suite d'un traumatisme et ont pour caractéristiques communes la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie, la confusion et l'altération de l'identité [10].

Même s'il n'est pas inclus dans les troubles dissociatifs mais dans les troubles anxieux, l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) comporte de nombreux symptômes dissociatifs. Ainsi, on trouve dans le critère de reviviscence « les impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-backs) » (critère B3). Dans le critère C apparaissent « l'incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme » (critère C3) et « le sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres » (critère C5). Ces deux derniers critères font explicitement partie des « symptômes dissociatifs » de l'État de Stress Aigu, trouble justement créé dans la quatrième version du DSM pour mettre l'accent sur la dissociation.

L'État de Stress Aigu est une sorte de diagnostic précoce d'ESPT, puisqu'il ne peut être fait qu'au cours du mois suivant l'événement traumatique. La dissociation en est le critère diagnostique central (critère B) : « durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants : un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle, une réduction de la conscience de son environnement (par exemple « être dans le brouillard »), une impression de déréalisation, de dépersonnalisation, une amnésie dissociative (par exemple l'incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement) ». Ces manifestations dissociatives, apparaissant pendant l'événement traumatisant ou juste après, sont qualifiées de « péritraumatiques ». Elles rendraient compte de la difficulté psychique, au moment de l'événement traumatisant, à synthétiser les différents paramètres de l'environnement : les perceptions du temps, de l'espace et de ses propres sensations corporelles seraient alors considérablement altérées [11]. En résulteraient des dysfonctionnements psychiques (amnésies, dépersonnalisation...) et somatoformes (incapacité à parler, à bouger, anesthésies...) qui, bien souvent, entravent considérablement la capacité du sujet à faire face de façon adéquate à la situation dangereuse. La gravité de la dissociation péritraumatique constituerait le plus important facteur de risque de développement d'un trouble post-traumatique devant le genre (féminin/masculin), l'âge, les antécédents de dépression ou la gravité de l'événement traumatisant [11–16]. D'un point de vue clinique, identifier les manifestations de dissociation péritraumatique lors des interventions précoces de type débriefing, permettrait donc de repérer les individus risquant de développer un ESPT. De nombreux cliniciens recommandent alors de mettre en place un suivi régulier visant à observer l'évolution de la symptomatologie au cours des premières semaines, voire des premiers mois suivant l'exposition potentiellement traumatisante [17].

Certains chercheurs estiment toutefois que le rôle de la dissociation péritraumatique seule est nettement plus modéré qu'il n'y paraît : ce seraient plutôt les phénomènes psychiques associés à la dissociation, tels que la peur de la mort ou le sentiment de perte de contrôle, qui prédiraient véritablement l'apparition de l'ESPT. La dissociation péritraumatique ne serait donc qu'un seul des multiples éléments d'un ensemble plus complexe caractérisant le processus de panique [18].

Dans la CIM-10 [19], la taxonomie des troubles dissociatifs est assez différente de celle du DSM-IV [20]. La CIM inclut en effet des symptômes pseudoneurologiques tels que les paralysies ou les pertes sensorielles. Or ces symptômes sont qualifiés de « conversion » dans le DSM, et appartiennent à la catégorie plus large des troubles somatoformes. La CIM-10 exclut également la dépersonnalisation de la catégorie des troubles dissociatifs, sur l'argument que ce trouble ne consiste pas en une perte majeure du contrôle des sensations, de la mémoire ou des mouvements, et que les changements identitaires sont minimes. La classification de l'OMS est donc restée très proche du concept d'hystérie.

Quoi qu'il en soit, ces symptômes dissociatifs spécifiquement traumatiques occasionnent bien souvent une certaine confusion diagnostique chez les praticiens non spécialistes du trauma. En effet, les altérations du sens de soi et de l'environnement (la dépersonnalisation et la déréalisation), les flash-backs et les hallucinations (c'est le terme employé dans le DSM-IV), positives ou négatives, ainsi que l'absence d'affects ou le sentiment de vide observés chez certaines victimes évoquent fortement la symptomatologie borderline. La « survenue transitoire dans des situations de stress (...) de symptômes dissociatifs sévères » fait d'ailleurs partie intégrante du diagnostic de trouble de la personnalité borderline dans le DSM-IV (critère 9).

L'importance de la symptomatologie dissociative chez les patients borderline est essentiellement due à la fréquence des expériences traumatiques précoces vécues par ces sujets. Les taux d'antécédents traumatiques dans cette population sont tellement élevés que la maltraitance infantile, physique et sexuelle, est considérée comme l'un des agents étiologiques du trouble borderline : Herman et ses collègues par exemple [21], relèvent que plus de la moitié de leurs patients *borderline* ont vécu des agressions physiques ou sexuelles graves, avant l'âge de six ans.

La fréquence des antécédents de traumatisme observée chez les patients borderline a amené certains auteurs [22] à développer le concept de « traumatisme complexe » ou « *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* » (DESNOS) : ce diagnostic, non reconnu par le DSM, permet de rendre compte des altérations profondes de la personnalité des individus soumis à des événements traumatisants prolongés ou répétés. Au niveau sémiologique, le DESNOS se caractérise par :

- des perturbations affectives (des réactions extrêmes, des comportements autodestructeurs) ;
- des perturbations de l'attention ou de la conscience (conséquences de la dissociation qui coupe le sujet de son expérience perceptive et sensorielle et l'empêche donc d'être en phase avec son environnement) ;
- des perturbations dans la perception de soi ;
- dans les relations interpersonnelles ;
- des somatisations évoquant souvent un aspect symbolique du traumatisme [23],

Ce tableau clinique ressemble à celui de la personnalité borderline, mais il s'en distingue par l'insistance mise sur la dissociation : elle est un critère indispensable au diagnostic de DESNOS, elle infiltre complètement la symptomatologie, alors qu'elle n'est qu'un critère envisagé comme apparaissant « dans des situations de stress » dans la personnalité borderline.

4. La dissociation : symptôme, état ou processus ?

Les spécialistes de la dissociation, comme Onno van der Hart et al. [24], observent que ces classifications diagnostiques envisagent par définition la dissociation comme un symptôme plutôt que comme une organisation sous-jacente ou un processus. Ces conceptions s'éloignent donc de la proposition de Janet et maintiennent une véritable confusion autour de la définition de la dissociation.

Cardeña [25] relève ainsi trois acceptions du terme dans la littérature internationale. La première considère la dissociation comme une altération de l'état de conscience, appelée « absorption », et impliquant une déconnexion de soi-même ou du monde. Il s'agit donc essentiellement de dépersonnalisation ou de déréalisation. Cet état peut être aigu, temporaire ou chronique. Il se manifesterait sur un continuum allant du normal au pathologique. Ainsi, si vous arrivez en bas de cette page sans avoir la moindre idée de ce dont parlait l'article, c'est bien la dissociation « normale » qui aura été à l'œuvre : vous aurez lu chaque mot de l'article, mais, absorbé dans vos pensées, n'en aurez rien retenu et serez en quelque sorte « amnésique » de cette lecture. Dans le même ordre d'idée, l'hypnothérapeute se sert de cette capacité normale à dissocier à des fins thérapeutiques : il utilise les ressources imaginatives du sujet pour l'emmener dans un monde de quiétude et d'apaisement, où les émotions douloureuses peuvent être évoquées plus sereinement. De façon plus dramatique, le cas de la femme victime de viol qui a l'impression d'être spectatrice de ce qui lui arrive, incapable de crier ou de se débattre, est une illustration du phénomène de dissociation dite « péritraumatique ». Elle présente un état de sidération, dans lequel les sensations physiques et les émotions sont mises à distance. Dans ce cas extrême, les bouleversements psychologiques et physiologiques suscités par l'agression interfèrent avec l'encodage de l'information traumatique. Ainsi, pour Chris Brewin [26], la dissociation bloquerait l'encodage des événements par la mémoire verbale (appelée *verbal access memory* « VAM »). Les événements vécus dans un état de dissociation ne seraient donc encodés qu'au niveau sensoriel (par *sensory access memory* « SAM »), ce qui rendrait impossible l'intégration de ces souvenirs à la mémoire autobiographique « normale » qui est essentiellement verbale. Les données obtenues grâce à la tomographie à émission de positron (PET) [27] appuient cette hypothèse : lorsque les sujets sont appelés à se rappeler leur traumatisme, il y a une augmentation unilatérale de l'activité des aires de l'hémisphère droit qui sont impliquées dans la stimulation émotionnelle ainsi que dans le cortex droit d'association visuelle. Parallèlement, il y a une inhibition de l'activité de l'aire de Broca, ce qui suggère une diminution de la capacité à communiquer verbalement l'expérience ressentie par le sujet traumatisé. Ces phénomènes expliqueraient les symptômes de reviviscence et d'amnésie ainsi que les symptômes somatiques observés chez les sujets souffrant d'ESPT [28–31].

Cardeña relève dans la littérature internationale une deuxième acception du terme « dissociation », qui décrit une compartimentalisation des processus psychiques dont certains ne sont plus accessibles à la volonté. Il ne s'agit donc plus d'une simple altération de la conscience, mais d'une véritable fragmentation de la personnalité, observée en particulier chez les adultes victimes de traumatismes répétés dans l'enfance (maltraitance, inceste. . .). Chez eux, une « partie apparemment normale de la personnalité », c'est-à-dire une partie relativement adaptée à la vie de tous les jours, existe parallèlement à une « partie émotionnelle de la personnalité » [24]. Cette conception, héritière de la perspective janétienne, est défendue par Onno van der Hart. Pour schématiser, la partie émotionnelle est celle qui a vécu les événements traumatiques, alors que la partie apparemment normale de la personnalité est celle qui se met en place dans les situations de la vie « normale ». Le problème est que la partie émotionnelle n'est plus soumise au contrôle volontaire et peut influencer les émotions, les pensées ou les comportements de la partie dite

normale. Les souvenirs traumatiques auraient quant à eux été correctement encodés, mais par la partie émotionnelle de la personnalité [24]. Ils ne sont donc plus accessibles à la partie apparemment normale, ce qui expliquerait que certains sujets peuvent vivre des années en occultant des souvenirs de traumatismes graves.

Qu'il s'agisse d'une modification de l'état de conscience ou d'une séparation des parties de la personnalité, la dissociation peut être envisagée sous un troisième angle [20,25] : celui du processus de *coping* ou du mécanisme de défense. Par exemple, la femme qui se détache de son corps au moment où elle est violée est ainsi protégée des émotions et sensations intolérables suscitées par l'agression. L'enfant victime de maltraitance peut grâce à la dissociation fonctionner quasi normalement à l'école, continuer à faire des apprentissages et entretenir des relations avec ses camarades, laissant de côté l'immense détresse qu'il porte en lui. La dissociation serait alors, au moins à certains moments, un processus adaptatif.

Les deux premières conceptions de la dissociation sont sensiblement différentes mais ne s'excluent pas. Les manifestations qu'elles décrivent peuvent se retrouver toutes les deux, comme le montrent nos exemples, chez les sujets victimes de traumatisme. Mais c'est bien la deuxième acception qui est à l'heure actuelle la plus proche du modèle original proposé par Janet. La troisième quant à elle attribue une fonction aux deux premières. Les recherches sur la dissociation dans le domaine du psychotrauma adoptent ces différentes perspectives, sans les distinguer la plupart du temps.

5. L'évaluation

La coexistence de ces trois définitions de la dissociation maintient une certaine confusion terminologique et conceptuelle. Heureusement, les échelles d'évaluation de la dissociation permettent de différencier ces approches, et ont permis de grandes avancées dans la recherche sur la dissociation. Dans le champ de la psychotraumatologie, ces instruments ont permis d'étudier des sujets aussi divers que le rôle de la dissociation péritraumatique dans la genèse et l'évolution de l'ESPT, ou encore sur l'importance des expériences dissociatives vécues par les patients borderline.

Il existe ainsi des instruments d'évaluation de la dissociation péritraumatique, qui lorsqu'ils sont utilisés lors des interventions précoces, permettent de repérer et de suivre de près les sujets qui risquent de développer un trouble post-traumatique. L'échelle de référence est le Questionnaire sur les expériences de dissociation péritraumatique [32] dont la version française, qui a été validée par Birmes et al. [33], présente des qualités psychométriques satisfaisantes et permet d'évaluer en dix items l'intensité de l'état dissociatif.

D'autres échelles permettent quant à elles d'évaluer l'ampleur des manifestations dissociatives, aussi bien chez les sujets psychiatriques que dans la population normale. Elles évaluent donc la dissociation en tant que continuum, et peuvent être proposées à des sujets n'ayant pas vécu de situations potentiellement traumatisantes. Ainsi, la *Dissociative Experience Scale* (DES) [34–35] est l'une des plus connues et des plus utilisées. Elle comporte 28 items regroupés en trois facteurs :

- dépersonnalisation/déréalisation ;
- amnésie et identité ;
- absorption/investissement dans la vie imaginaire.

Un score seuil permet de repérer les sujets souffrant de manifestations dissociatives pathologiques. Les qualités psychométriques de la version française sont très satisfaisantes.

Le *Dissociation Questionnaire* (Dis-Q) [36–37] est un outil sensiblement comparable à la DES, mais il dispose d'un format de réponse plus commode pour le patient et comporte quatre sous-échelles permettant une appréhension plus précise des phénomènes dissociatifs :

- la confusion ou le morcellement de l'identité (déréalisation et dépersonnalisation) ;
- la perte de contrôle (sur le comportement, les pensées et les émotions) ;
- l'amnésie ;
- l'absorption.

Le Dis-Q permet donc de distinguer l'absorption (c'est-à-dire la simple altération de conscience) de la dissociation structurale de la personnalité (représentée par les trois autres sous-échelles). La fiabilité et la validité, très satisfaisantes, du Dis-Q ont été vérifiées dans un cadre nord-américain. La traduction française a été testée sur une population suisse pathologique et normale, par plusieurs auteurs dont le créateur de l'échelle [37], mais ses propriétés psychométriques n'ont pas été vérifiées dans cette version.

6. Conclusion

L'historique du concept de dissociation, incluant la revue des classifications actuelles, montre bien que la multiplicité des approches entraîne une certaine confusion, en particulier en France. Mais la revue de la littérature contemporaine internationale témoigne de l'importance des phénomènes dissociatifs, en particulier dans la compréhension des victimes de traumatisme. Des prises en charges psychologiques adaptées aux troubles dissociatifs restent néanmoins à développer. Quelle que soit la technique utilisée, il demeure important de garder à l'esprit que la dissociation est un phénomène qui altère la qualité du contact avec le thérapeute et entrave les capacités d'introspection, puisque le patient a tendance à dissocier lorsque des émotions pénibles l'envahissent. C'est pourquoi l'intérêt de techniques thérapeutiques dissociatives, comme l'hypnose ou l'EMDR [38–41], a été discuté. Si l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de l'ESPT reste peu évaluée [42], de nombreuses études ont en revanche montré l'intérêt et l'efficacité de l'EMDR [43–44]. Les techniques cognitivo-comportementales ont également fait leurs preuves, l'exposition in vivo et en imagination semblant particulièrement indiquée pour le traitement de l'état de stress aigu, pathologie éminemment dissociative [45–47]. La recherche sur la prise en charge psychothérapeutique des symptômes dissociatifs demeure un champ d'investigation et d'innovation prometteur.

Références

- [1] Doron R, Parot F. Dictionnaire de psychologie. Paris: PUF; 1991.
- [2] APA (American Psychiatric Association). DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [3] Bleuler E. Handbuch der Psychiatrie, Spezieller teil. 4. Abteilung, 1. Hälfte. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Franz Deuticke; 1911.
- [4] Chaslin P. Éléments de sémiologie et clinique mentales. Paris: Asselin et Houzeau; 1912.
- [5] Moreau de Tours JJ. Du hachisch et de l'aliénation mentale. Paris: Éditions Fortin, Masson et Cie; 1845.
- [6] Janet P. L'automatisme psychologique (1889). Paris: L'Harmattan; 2005.
- [7] Ellenberger HF. Histoire de la découverte de l'inconscient. Paris: Fayard; 2001.
- [8] Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie. Paris: PUF; 1895.
- [9] Ross CA, Duffy CMM, Ellason JW. Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma and Dissociation* 2002;3:7–17.

- [10] Steinberg M. Handbook for the assessment of dissociation: a clinical Guide. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995.
- [11] Marmar C, Weiss D, Schlenger W, Fairbank J, Jordan K, Kulka R, et al. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:902–7.
- [12] Bremner J, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney D. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:328–32.
- [13] Holen A. The North Sea oil rig disaster. In: Wilson JP, Raphael B, editors. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993. p. 471–8.
- [14] Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of post-traumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:888–94.
- [15] Shalev A, Peri T, Canetti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:219–25.
- [16] Spiegel D. Dissociation and trauma in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 10. Washington DC: APA; 1991.
- [17] Bourgault R. L'état de stress aigu. In: Kédia M, Sabouraud-Seguín A, et al., editors. *Psycho-traumatologie : l'aide mémoire*. Paris: Dunod; 2008.
- [18] Gershuny BS, Cloitre M, Otto MW. Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:157–66.
- [19] OMS (Organisation Mondiale de la Santé). *Classification Internationale des Maladie et des problèmes de santé connexes, CIM-10/ICD 10*. Paris : Masson; 1993.
- [20] Holmes E, Brown R, Mansell W, Fearon P, Hunter E, Frasquilho F, et al. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review* 2005;25: 1–23.
- [21] Herman JL, Perry C, Van der Kolk BA. Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:490–5.
- [22] Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane AC, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry* 1996;153(Festschrift Suppl):83–93.
- [23] Luxenberg T, Spinazzola J, Van der Kolk B. Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS). *Directions in Psychiatry* 2001;21(25):373–414.
- [24] Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton; 2006.
- [25] Cardeña E. The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW, editors. *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York, USA: The Guilford Press; 1994. p. 15–31.
- [26] Brewin C. *Posttraumatic Stress Disorder: Malady or Myth? USA: Yale University Press; 2003*.
- [27] Rauch S, Van der Kolk B, Fisler R, Alpert N, Orr S, Savage C, et al. A symptom provocation study using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery. *Archive General of Psychiatry* 1996;53(5): 380–7.
- [28] Brewin C, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review* 1996;103:670–86.
- [29] Brewin C, Holmes E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2003;23:339–76.
- [30] Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review* 2000;107(2):261–88.
- [31] Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:319–45.
- [32] Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In: Wilson JP, Marmar CR, editors. *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder*. New York: The Guilford Press; 1997. p. 412–28.
- [33] Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry* 2005;20(2):145–51.
- [34] Bernstein E, Putnam FW. Development, reliability and validity of a dissociation scale (DES). *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1986;174:727–35.
- [35] Darves-Bornoz JM, Degiovani A, Gaillard P. Validation of a french version of the dissociative experience scale in a rape victim population. *Canadian Journal of Psychiatry* 1999;44:271–5.

- [36] Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Verkes R. The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): développement and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1993;1:21–7.
- [37] Mihaescu G, Vanderlinden J, Sechaud M, Heinze X, Velardi A, Finot SC, et al. Le questionnaire de dissociation DIS-Q : résultats préliminaires dans une population suisse francophone. *L'Encéphale* 1998;24(4):337–46.
- [38] Stutman R, Bliss E. Post-traumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:741–3.
- [39] Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in post-traumatic disorder. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:301–5.
- [40] Bryant R, Sackville T, Dang S, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counselling techniques. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(11):1780–6.
- [41] Bryant R, Guthrie R, Moulds M. Hypnotisability in acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:600–4.
- [42] Kédia M. Hypnose et dissociation traumatique. In: Michaux D, et al, editors. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006. p. 273–81.
- [43] Davidson PR, Parker KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69:305–36.
- [44] Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine* 2006;36:1515–22.
- [45] Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 2008;65(6):659–67.
- [46] Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(11):1780–6.
- [47] Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 2005;18(6):607–16.