



**HAL**  
open science

# La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas

Olivier Piedfort-Marin

## ► To cite this version:

Olivier Piedfort-Marin. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2019, 177 (8), pp.788-795. 10.1016/j.amp.2018.04.013 . hal-02953249

**HAL Id: hal-02953249**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02953249>**

Submitted on 21 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## *Mémoire*

### **La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas**

### **The theory of the structural dissociation of the personality for the conceptualization and treatment of dissociative psychosis: Two case studies**

**Olivier Piedfort-Marin**

Université de Lorraine, APEMAC/EPSAM EA 4360.

Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Suisse.

Avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Suisse

Tél. : +41 78 749 59 84

Email : [olivier.piedfort@gmail.com](mailto:olivier.piedfort@gmail.com)

Texte reçu le 15 décembre 2017 ; accepté le 16 avril 2018

#### **Résumé**

*Objectif.* – Présenter une compréhension de la psychose dissociative selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

*Patients/méthodes.* – Nous présentons le cas d'un patient avec des épisodes répétés de psychose dissociative et celui d'une patiente avec une psychose dissociative post-puerpérale. Le traitement se fait selon la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité en utilisant des méthodes hypnothérapeutiques.

*Résultats.* – Le premier patient montre une amélioration sensible de la symptomatologie avec arrêt des hospitalisations. Le second cas montre une disparition totale des symptômes psychotiques en trois séances.

*Conclusions.* – La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité peut être utile pour la compréhension et le traitement de la psychose dissociative. Des techniques hypnothérapeutiques et hypno-imaginatives peuvent être recommandées pour traiter de tels patients.

*Mots clés :* Cas clinique ; Historique ; Hystérie dissociative ; Hypnose ; Psychothérapie ; Traumatisme psychique ; Trouble dissociatif de l'identité

## **Summary**

*Objectives.* – We present the theory of the structural dissociation of the personality as a way to conceptualize dissociative psychosis and illustrate this with two case studies. This theory was developed to help understand trauma related disorders, i.e. dissociative disorders. In line with Janet's work, this theory states that a traumatic event can lead to a division (dissociation) of the personality in two or more parts: an apparently normal part of the personality deals with daily life activities and avoids the traumatic memories, and one or more emotional parts of the personality stay fixated on the traumatic experience and can reach a certain autonomy as in dissociative identity disorder. Dissociative psychosis is understood as the intrusion of emotional parts into the apparently normal part which gets overwhelmed with psychotic-like intrusions. In the most severe cases, an emotional part takes over the executive role over a long period of time.

*Patients/methods.* – The first case study is a male patient suffering from repetitive (at least once a year) psychotic episodes with a normal nonpsychotic functioning between episodes. Main psychotic symptoms are mystic delusions, verbal auditory hallucinations and disorganized thinking. Hypnotherapeutic interventions allowed an evaluation of a possible structural dissociation, which then led to the diagnostic of dissociative psychosis. A psychotherapy based on the theory of structural dissociation was then engaged. The second case study is a female patient with depersonalization disorder and a dissociative psychosis several weeks after the traumatic birth of her twin children. Psychotic symptoms were mystic, referential and persecutory delusions.

*Results.* – In the first case, after three years of adapted psychotherapy, the patient showed no relapse of dissociative psychosis and didn't need any hospitalization. A single risk of relapse was avoided with one session of adapted hypno-imaginative interventions. In the second case, after three sessions of hypnotherapeutic treatment based on the theory of the structural dissociation of the personality, the patient was symptom free, also at two and half years follow up.

*Conclusions.* – The theory of the structural dissociation of the personality is useful in conceptualizing dissociative psychosis. Hypnotherapeutic and hypno-imaginative interventions with a light trance and adapted to this theory can be useful in the treatment of such a disorder. Such interventions can help clinicians enter the patient's inner world to better understand the meaning of the symptoms and then suggest a resolution for the trauma related emotional parts involved in the expression of the psychotic-like symptoms. We discuss the necessity of an official diagnostic for this disorder that could be better named reactive

dissociative psychosis or reactive dissociative disorder with psychotic features. Clinicians need to be aware of this specific diagnostic that may benefit from specific psychotherapeutic interventions, probably better adapted than those needed for real psychotic disorders.

*Keywords:* Clinical cas; Dissociative hysteria; Dissociative psychosis; Historic; Hypnosis; Psychotherapy; Psychic trauma

## **1. Introduction**

La psychose dissociative (PD) questionne les concepts de psychose et de dissociation. Sous la dénomination ancienne de psychose hystérique, l'intérêt pour ce trouble décline au début du XX<sup>e</sup> siècle, parallèlement avec l'émergence du concept de schizophrénie et le déclin de celui d'hystérie. Le terme même fait débat. Maléval [20] propose à juste titre que ce terme n'est pas adéquat puisqu'il ne s'agit pas de psychose au sens étiologique du terme. Dans l'attente d'une dénomination plus appropriée que nous discuterons plus loin, nous préférons utiliser dans cet article le terme de psychose dissociative, terme plus actuel et davantage reconnu au niveau international [34, 44]. Cette maladie reste délaissée par les classifications diagnostiques et les cliniciens malgré plusieurs contributions dans la littérature francophone [9, 20] et anglophone [11, 18, 32, 38-40]. Pourtant elle profiterait d'une prise en charge spécifique et répondrait favorablement à la psychothérapie, en particulier à l'hypnose [44], ce qui donne une importance centrale à la question du diagnostic différentiel.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les travaux de Janet [13-17] puis de Freud et Breuer [10] ciblent particulièrement les troubles hystériques avec un accord général que ces troubles trouvent leurs origines dans un vécu traumatique. Le concept d'hystérie est alors au centre des recherches en psychopathologie. Comme le font remarquer Freud et Breuer, les pathologies les plus diverses, y compris des hallucinations visuelles, peuvent être mises sur le compte de l'hystérie d'origine traumatique. Janet quant à lui décrit de nombreux cas où les symptômes hystériques prennent les formes les plus diverses, également des symptômes que l'on catégoriserait de nos jours de psychotiques.

Le concept de schizophrénie de Bleuler [4] eut jusqu'à aujourd'hui une influence prépondérante sur les catégorisations diagnostiques. Maléval [20] décrit la faiblesse scientifique des travaux de Bleuler et valide le travail d'observation phénoménologique détaillée de Janet qui met l'observation avant les conclusions conceptuelles et non l'inverse,

comme le fit Bleuler. Néanmoins le concept de schizophrénie eut raison de celui de l'hystérie (troubles dissociatifs, dirait-on de nos jours). Le concept de *Spaltung* comme perturbation au cœur de la schizophrénie amena jusqu'à nos jours à une confusion sur des concepts psychopathologiques clés. *Spaltung* a été souvent traduit en français par dissociation, ce qui fit penser que l'hystérie était simplement une forme de schizophrénie, ce que soutenait d'ailleurs Bleuler mais pas Janet [20]. Néanmoins, selon Ross [33] de nombreux cas cliniques proposés par Bleuler en 1911 recevraient aujourd'hui le diagnostic de trouble dissociatif de l'identité.

Bleuler [4] décrit trois types de symptômes centraux de la schizophrénie :

- 1) la *Spaltung* des fonctions psychiques avec l'émergence de complexes indépendants qui mettent à mal l'unité de la personnalité ;
- 2) les troubles des associations ;
- 3) les troubles affectifs.

Les hallucinations, les délires, les états confusionnels sont pour Bleuler des effets de la *Spaltung* et ces symptômes accessoires ne sont donc pas l'origine de la maladie. De nos jours, le diagnostic de schizophrénie est posé sur la seule base de ces signes « accessoires ». Les travaux de Bleuler se basaient largement sur la psychologie associationniste de l'époque et le concept de *complexe* de Jung qui ressemble au concept d'idées fixes de Janet [21]. Les difficultés de traduction dénotent des difficultés conceptuelles. Faut-il traduire *Spaltung* par dissociation ou par dislocation ou encore scission, clivage ? Si l'on choisit dissociation, est-ce le même concept de dissociation que celui de Janet ? Les troubles des associations sont-ils dus à la dissociation au sens janetien ? On voit ainsi s'installer un chaos conceptuel qui nous poursuit encore.

En 1912, le Français Chaslin propose le concept de discordance, actuellement défini comme « le trouble des associations des processus psychiques entre eux ce qui perturbe le lien entre ces processus psychiques et la réalité et le rend dis-harmonieux » [5]. Ce concept n'a pas dépassé les frontières hexagonales mais a été partiellement repris par les classifications internationales (par exemple discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé).

Les tentatives pour différencier névroses et psychoses tout au long du XX<sup>e</sup> siècle n'ont eu que des succès mitigés, jusqu'à disparaître des manuels de psychiatrie anglo-saxons [3, 20]. On tente donc toujours de définir la psychose sur la base de symptômes, principalement les symptômes accessoires de Bleuler et les symptômes schneideriens. Néanmoins, ces symptômes considérés comme typiques des troubles psychotiques sont aussi présents dans les TD, comme les symptômes schneideriens de premier rang [7, 18, 32]. Les hallucinations

auditives (entendre des voix, des voix d'enfant, des voix dénigrantes ou des voix commentant les actions du sujet) seraient plus fréquentes dans le Trouble dissociatif de l'identité (TDI) que dans la schizophrénie. Le DSM-5 [2] spécifie (p. 347) que les sujets ayant un TDI « peuvent également rapporter la perception de voix (par exemple une voix d'enfant, des pleurs, la voix d'un esprit) » et met en avant la confusion diagnostique possible entre TD et schizophrénie.

La CIM-10 [25] spécifie sans aucune description l'existence de la psychose hystérique dans le chapitre sur les TD. Avec le Trouble psychotique bref avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) le DSM-5 reconnaît qu'un événement traumatique puisse amener à une décompensation psychotique brève. Alors que certains auteurs considèrent que la PD est de durée brève [9], d'autres spécifient qu'elle peut avoir une durée plus longue si elle n'est pas traitée adéquatement [40]. La PD pourrait donc ne pas correspondre au diagnostic de trouble psychotique bref selon le DSM-5. Si la PD n'est pas mentionnée dans le DSM-5 dans le chapitre sur les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, dans le chapitre sur les TD il est stipulé que « certains individus [ayant un TDI] présentent des phénomènes ou des épisodes psychotiques transitoires ». On voit donc que les deux catégorisations officielles des troubles mentaux ne sont pas aidantes pour classer la PD.

Alors comment définir la PD ? Nous proposons de considérer la PD comme un trouble dont l'origine est une *dissociation* de la personnalité au sens janetien du terme, c'est-à-dire une division de la personnalité en plusieurs systèmes d'idées et de fonctions qui peuvent s'émanciper. C'est la raison pour laquelle nous nous basons sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TSDP) [41], une théorie basée sur les travaux de Janet, pour élaborer une compréhension de la PD. Dans certains cas, l'activation de ces systèmes autonomes peut prendre une *présentation* psychotique. Par présentation psychotique, considérant le manque de clarté du concept de psychose, on entend communément que ce sont des symptômes listés sous troubles psychotiques des classifications internationales. Mais l'étiologie de la PD est dissociative, c'est-à-dire elle trouve son origine dans une dissociation de la personnalité au sens janetien du terme. La dissociation d'origine traumatique amène à une structure organisée dont la logique peut nous échapper en début de traitement. Si nous sommes d'accord que tout ce qui est délire ou hallucination n'est pas psychotique, encore faut-il arriver à différencier les délires et hallucinations d'origine dissociative de ceux d'origine psychotique. Maléval [20] proposait d'ailleurs de différencier délire et délirium, hallucination et illusion pour mieux distinguer psychose et hystérie (trouble dissociatif). La TSDP, dans la droite ligne des travaux de Janet, se concentre sur la structure de la

personnalité sous-jacente aux symptômes à présentation psychotique présents dans la PD. Cet article peut contribuer à clarifier certains de ces aspects diagnostiques complexes. Le thème des « vraies » décompensations psychotiques suite à des traumatismes récents dépasse le cadre de cet article.

La PD se trouve ainsi au carrefour de plusieurs problématiques :

1) la difficulté à définir la psychose et à la différencier clairement des autres troubles, y compris au niveau étiologique ;

2) le chaos conceptuel autour des concepts de dissociation, *Spaltung*, *Zerspaltung*, discordance, troubles des associations, clivage ;

3) un chevauchement de certains symptômes entre les TD et les troubles psychotiques ;

4) une perte d'intérêt pour l'hystérie depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle et actuellement pour les TD ;

5) enfin un oubli des travaux de Janet. Nous considérons que la discordance et les troubles des associations sont de nature différente de la dissociation janetienne.

Cet article aborde la PD à travers deux études de cas, en se basant sur TDSP [41] qui permet une conceptualisation aidante de ce trouble. L'article finira par des recommandations en termes de diagnostic et de traitement.

## **2. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité**

La TDSP développée par van der Hart, Nijenhuis et Steele [41,42, 24] permet de conceptualiser les TD et aussi la PD. Les auteurs reprennent les travaux de Janet [13-17] et de Myers [22] en les enrichissant par ceux de Panksepp [26]. Des recherches récentes en neurobiologie amènent des confirmations intéressantes de leurs travaux [30, 36].

La TDSP postule que la personnalité peut se diviser (se dissocier) en plusieurs entités ou parties sous l'effet de traumatismes, lorsque le sujet ne dispose pas de capacités intégratives suffisantes pour faire face à ces événements, en particulier dans l'enfance et l'adolescence. Avec le temps, certaines parties continuent de s'engager dans les fonctions de la vie quotidienne alors que d'autres restent fixées sur les expériences traumatiques. Ces dernières s'engagent dans des mécanismes ressemblant aux mécanismes de défense animale lorsqu'on est exposé à des dangers réels ou perçus. Les différentes parties dissociatives de la personnalité exercent donc différentes fonctions basées sur des systèmes d'action dérivés de

l'évolution (attachement, exploration, jeu, défense, etc.), et se manifestent dans des actions mentales et comportementales correspondantes. Les parties dissociatives engagées dans le quotidien (que l'on pourrait catégoriser d'états de personnalité « adultes ») ont tendance à éviter les souvenirs traumatiques pour mieux fonctionner au quotidien, ce qui avec le temps maintient et renforce la structure dissociative. Ce phénomène se met en place en particulier dans l'enfance lorsque les événements menaçants (violences physiques ou sexuelles, maltraitances, négligences) ont lieu fréquemment. Les expériences traumatiques sont alors contenues par une ou plusieurs parties dissociatives de la personnalité qui peuvent devenir de plus en plus autonomes. Parce que leurs fonctions sont définies par des émotions de base en lien avec l'expérience traumatique (peur, colère, impuissance, tristesse, pleurs d'attachement), et reprenant les définitions de Myers [22], elles sont nommées par van der Hart et coll. [41] *parties émotionnelles de la personnalité* (PE). Parallèlement, la partie de la personnalité qui gère le quotidien évite activement les souvenirs traumatiques et les PEs, développant ainsi une phobie des PEs, problème central des TD. Parce qu'elle tente de s'adapter tant bien que mal à la vie quotidienne et peut dès lors paraître relativement normale, on nomme cette partie dissociative *partie apparemment normale de la personnalité* (PAN). La PAN et les PEs sont donc les composantes de la personnalité des patients souffrant de TD et d'autres troubles d'origine traumatique et entretiennent entre elles une dynamique systémique complexe.

Lorsque des PEs développent une autonomie importante, elles peuvent alors prendre par période un rôle exécutif sur la PAN, ce qui amène à un changement de personnalité, appelé *switch*, ce qui, lorsqu'ils sont fréquents, donne lieu au diagnostic de TDI. Ces passages d'une entité à une autre se présentent souvent mais pas toujours avec une amnésie par la PAN de la période où une PE a pris le rôle exécutif sur le corps et le mental. La patiente présente en général un comportement différent que d'habitude, avec une attitude enfantine, effrayée, triste ou agressive. Parfois le comportement adopté peut se vouloir aidant. Certaines PE sont en effet capables d'actions complexes afin de reprendre les obligations de la PAN absente.

Lorsqu'elles ne prennent pas le rôle exécutif, les PEs peuvent agir « à l'intérieur », provoquant chez la PAN des symptômes intrusifs comme des hallucinations diverses (voix, sensations, perceptions). Lorsque les PEs ont une influence forte sur le fonctionnement de la PAN sans prendre un rôle exécutif complet, on posera le diagnostic DSM-5 d'Autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (anciennement Trouble dissociatif non spécifié de type 1, dans le DSM-IV [1]). Ces symptômes intrusifs sont souvent des symptômes schneideriens de premier rang, nombreux chez les patients TDI [7, 18].



### 3. Dissociation structurelle et psychose dissociative

La TDSP peut s'avérer intéressante pour comprendre et conceptualiser la survenue d'une PD. Witztum et van der Hart [44] proposent plusieurs cas de figures pour conceptualiser une PD selon la TDSP, plusieurs de ces possibilités pouvant se combiner.

1. « La PAN se sent débordée par des voix menaçantes ou donnant des ordres ;
2. une ou plusieurs PEs a/ont pris le rôle exécutif et est/sont dans la reviviscence d'événements traumatiques (*idées fixes primaires* selon Janet) ;
3. une ou plusieurs PEs a/ont pris le rôle exécutif et est/sont dans la reviviscence d'hallucinations terrifiantes dérivées d'expériences traumatiques (*idées fixes secondaires* selon Janet) ;
4. des *switchs* rapides entre PEs à cause de souvenirs traumatiques réactivés ; et
5. le phénomène de *double émotion* [17, 44] lorsqu'une traumatisation actuelle réactive des traumatisations anciennes. »

Pour mieux comprendre ces différents cas de figure, nous devons donner des précisions sur le fonctionnement des PEs et de la PAN. La TDSP considère que chez les patients dissociatifs une hallucination auditive ou sensorielle est l'expression d'une PE. Dans ce cas une PE s'exprime « à l'intérieur » plutôt que de prendre le contrôle exécutif complet ce qui provoquerait un *switch*. Ainsi la PAN peut rapporter entendre une voix qui lui dit qu'elle est mauvaise ou bien qu'elle devrait se tuer ou bien encore qu'elle doit demander de l'aide. Lors d'un vécu d'agressions physiques ou sexuelles ou de trahisons, peuvent se développer certaines PEs fixées sur de telles expériences et qui sont particulièrement méfiantes. La PAN peut alors rapporter des idées paranoïaques.

Les PEs ont une conception de soi, des autres et du monde en lien avec l'âge de leur apparition, avec le traumatisme lors duquel elles sont apparues, et avec la fonction qu'elles ont développée. Lorsque les traumatismes étaient des violences sexuelles, le contenu des PEs est souvent à connotation sexuelle. Leurs capacités sont aussi influencées par l'état mental du sujet lors du traumatisme : si l'enfant a été alcoolisé ou drogué par l'agresseur, les perceptions de l'enfant vont être altérées. Une PE qui s'est développée dans de telles conditions peut présenter des éléments d'apparence psychotique parce que les perceptions ont été altérées par l'alcool ou les substances. Plus tard, si suite à un *switch* une telle PE prend le rôle exécutif, le clinicien risque de ne pas comprendre ce qu'elle communique et peut donc labelliser cette expérience de psychotique.

D'autres PE développent une compréhension de la situation traumatique influencée par le niveau de développement du sujet au moment du traumatisme. Par ailleurs, les enfants peuvent faire appel à leur imaginaire pour trouver une logique ou une compréhension rassurantes aux événements traumatiques. À l'âge adulte, de telles PE peuvent aussi présenter des symptômes à présentation psychotique en lien avec la compréhension enfantine ou avec le monde imaginaire qu'elles se sont créés autour du traumatisme en question.

PEs et PAN sont dans une dynamique systémique complexe, agissant entre elles et par rapport au monde extérieur. Un facteur fondamental dans la compréhension de ce système dynamique réside dans le niveau d'énergie de la PAN. Si la PAN a un niveau d'énergie élevé, elle pourra mieux gérer les intrusions des PEs, souvent par l'évitement mental. Elle mentionnera alors des « pensées » plutôt que des voix, des « croyances particulières » plutôt que des pensées délirantes, pouvant les relativiser ou les mettre à distance. Par ailleurs, lorsque la PAN a un faible niveau d'énergie, certaines PEs peuvent s'exprimer plus facilement alors que d'autres PEs veulent soutenir la PAN. Ces deux phénomènes peuvent amener à une apparition ou une recrudescence de *switchs* et/ou de symptômes intrusifs qui peuvent submerger la PAN et faire baisser d'autant plus son niveau d'énergie. Peut alors se développer un cercle vicieux inquiétant pour l'évolution de l'état du sujet. Une baisse du niveau d'énergie de la PAN peut avoir lieu lorsque le sujet a vécu récemment des événements stressants ou traumatisants, événements qui fragilisent le sujet et peuvent en outre réactiver des traumatismes anciens, avec un risque accru de décompensation.

En se basant sur la TDSP, la PD peut être comprise comme la prise du rôle exécutif par une PE sur une certaine période de temps, ou encore par l'intrusion sévère d'une ou plusieurs PEs sur la PAN qui ne peut pas les gérer [44]. Les éléments à retenir sont une baisse du niveau d'énergie de la PAN ainsi que les difficultés – pour la PAN et/ou le clinicien – à comprendre les symptômes intrusifs c'est-à-dire les expressions des PEs. Dans certains cas, la PD correspond à une phase du développement d'un TDI ou d'un autre TD complexe. Dans d'autres cas, la PD est l'expression d'une dissociation structurelle sous-jacente provisoirement décompensée.

#### **4. Traitement de la psychose dissociative**

Concevoir certains symptômes d'apparence psychotique comme l'expression d'une PE chez un sujet avec une structure dissociative permet de diriger le traitement psychologique (et médical) de manière spécifique. Pour le traitement des TD, des interventions ont en effet

été développées par les tenants de la TDSP [24, 41, 42], et déjà par les tenants de la thérapie des états du moi, précurseurs de la TDSP [27, 43], ou des auteurs américains d'obédience psychodynamique se basant sur un modèle de parties [19, 29, 31]. Ces interventions sont intégratives et utilisent de nombreuses techniques hypnothérapeutiques, comportementales, cognitives, et systémiques.

Il existe peu de recommandations pour le traitement des PD. Il semble néanmoins que la psychothérapie soit une approche efficace, en particulier l'hypnose [40]. Van der Hart et Spiegel [39] proposent même que l'hypnose permettrait un diagnostic différentiel entre une PD et un trouble psychotique non dissociatif. Selon van der Hart, Witztum et Friedman [40] « des méthodes hypnothérapeutiques peuvent aider les thérapeutes à entrer dans le monde du patient, à rejoindre et utiliser les symboles idiosyncratiques et la symbolique culturelle pour transformer ce monde intérieur ». Les patients avec une PD seraient plus facilement hypnotisables que les patients schizophrènes [38].

Nous allons présenter deux vignettes cliniques<sup>1</sup> correspondant toutes deux à la combinaison des conditions (1) (la PAN est débordée par des voix menaçantes ou donnant des ordres) et (5) (réactivation d'un traumatisme ancien par un traumatisme actuel) selon Witztum et van der Hart [44]. Dans ces deux vignettes cliniques, nous avons utilisé des méthodes hypnothérapeutiques adaptées à la TDSP pour sonder le monde intérieur de ces deux sujets afin de comprendre leurs symptômes et d'en tirer les solutions permettant de stabiliser le système interne.

## **5. Cas n° 1 : épisodes répétitifs de psychose dissociative**

Je reçois Monsieur Walter B. à la demande de ses thérapeutes afin de clarifier un diagnostic incertain de schizophrénie et d'analyser de possibles phénomènes dissociatifs chez ce patient au passé traumatique sévère (trahisons et abandons parentaux, violences sexuelles par un prêtre). Ce qui étonne les soignants de cet homme de 35 ans, c'est qu'il n'est « pas du tout psychotique » en dehors de périodes d'une durée de plusieurs semaines lors desquelles il développe des délires mystiques qui nécessitent hospitalisation et prescription de neuroleptiques. Il reçoit à 16 ans le diagnostic de « troubles psychotiques aigus et transitoires polymorphes, sans symptômes schizophréniques ». S'ensuivent divers traitements ambulatoires et hospitaliers, souvent suite à des périodes de crise. L'étude du dossier médical

---

<sup>1</sup> Les sujets ont donné leur accord écrit à cette publication. Des données personnelles ont été modifiées pour garantir l'anonymat.

montre que les soignants sont hésitants quant au diagnostic. Tous observent lors des crises des symptômes psychotiques comme un comportement désorganisé, des hallucinations acoustico-verbales, des délires mystiques, une anhédonie, une aboulie et parfois un émoussement affectif. Les crises surviennent lors de stress, comme une rupture amoureuse, des problèmes professionnels sérieux, peuvent amener à des tentamens, et donnent lieu à des hospitalisations répétées, une fois par an et parfois plus. Les diagnostics retenus démontrent de la difficulté des soignants précédents à conceptualiser le cas : « schizophrénie avec rémission complète », « schizophrénie épisodique avec rémission complète sans précisions et épisodes dépressifs sévère avec symptômes psychotiques », « trouble psychotique aigu et transitoire avec facteur de stress associé ». Tous les soignants évoquent la complexité du diagnostic de par la différence nette dans le niveau de fonctionnement du sujet selon s'il est décompensé ou se porte bien. Les symptômes psychotiques envahissants lors des phases de décompensation disparaissent alors pour laisser place à des ressources importantes et à la capacité d'une activité professionnelle autonome. Néanmoins, les hospitalisations fréquentes et la stigmatisation due au diagnostic vont marquer sa vie personnelle et professionnelle avec une marginalisation sociale progressive.

L'évaluation a lieu alors que Monsieur B. n'est pas décompensé. Le score au SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire [8, 23]) est de 29, alors que le score de 30 indique la présence possible d'un TD. Le SCID-D-R (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised [37]) ne permet pas de poser un diagnostic de TD ; par contre il met en avant, lors des phases de décompensation, des symptômes de dépersonnalisation et de légers symptômes d'altération de l'identité, une catégorie de symptômes dissociatifs particulièrement représentative du TDI. On note quelques traits de personnalité borderline qui n'expliquent cependant pas la problématique. On peut poser l'hypothèse d'une structure dissociative compensée lors de cet entretien d'évaluation, c'est-à-dire que des PE peuvent être « au repos » lorsque le patient se porte bien et s'activer dans des situations de stress ou d'épuisement de la PAN. Pour tester cette hypothèse, le sujet accepte ma proposition de mise en transe légère (par un exercice de relaxation) afin de tester la présence d'une PE « cachée ». Le sujet s'avère difficilement hypnotisable, ayant du mal à lâcher le contrôle face à un thérapeute inconnu. On peut néanmoins découvrir deux PE (de 13 ans et de 16 ans) aux prises avec des idées mystiques en lien avec l'enseignement religieux que refusent ces PE. La PE de 13 ans est fixée sur la célébration de la première communion. La PE de 16 ans peut dire qu'elle croit « plus dans les extra-terrestres qu'en Dieu ». Les deux PE sont apaisées par des méthodes hypno-imaginatives simples (mises en sécurité dans un lieu sûr imaginaire et

consolation). Le sujet est ému de cette rencontre avec ses PEs plus jeunes et il voit mieux le lien avec l'émergence des idées mystiques et de référence lors des phases de décompensation. Une part des hallucinations acoustico-auditives qu'il a lors des décompensations peut être mise sur le compte de ces PEs. Cette évaluation sous transe légère a permis de confirmer la présence d'une structure dissociative qui permet d'expliquer la survenue d'une PD dans des périodes de stress lorsque la PAN est affaiblie et ne peut donc plus éviter mentalement les intrusions des PEs. Il est conseillé à son thérapeute de travailler en tenant compte de cette structure dissociative de la personnalité. Son travail porte ses fruits puisque trois ans plus tard le patient n'a pas dû être hospitalisé et n'a pas présenté de symptômes psychotiques pendant cette période, à l'exception d'une période de crise que nous allons maintenant décrire.

Deux ans après les entretiens diagnostiques décrits, Monsieur B. entre soudainement dans une décompensation alors que son thérapeute est sur le point de partir en vacances. Des symptômes à présentation psychotique émergent de manière inquiétante en quelques jours : état confusionnel, propos délirants, peur de ne pas savoir dans quelle réalité il est, signes prodromiques habituels d'une décompensation chez ce sujet. Je vois le patient en urgence alors que son thérapeute est en congé. Monsieur B. évoque d'emblée sa nouvelle relation avec une femme dont il est très amoureux mais qui est ambivalente à son égard. En outre, elle souhaite avoir des relations sexuelles à plusieurs, avec lui et d'autres hommes. Il dit ne pas arriver à dormir depuis une semaine. Lorsqu'il dort avec elle, il dit avoir alors de la peine à respirer, trembler, être sur le qui-vive. Des « angoisses de vie et de mort », en lien avec les pensées de références et délires mystiques, sont revenues ainsi que la peur de mettre fin à ses jours. Le patient est en effet au bord d'une décompensation sévère comme il en a déjà eu dans le passé : la PAN est épuisée par le manque de sommeil et l'activation de problématiques d'attachement ; des PEs émergent de nouveaux sous la forme de voix exprimant des opinions négatives et délirantes sur la vie et la mort (délires mystiques). Des idées de référence n'ont pas refait surface à ce moment-là.

Après un exercice de relaxation, je lui propose qu'il s'ouvre à son « monde intérieur » et s'approche des « forces intérieures » qui s'expriment ces derniers jours. Il évoque une PE de l'enfance, une autre PE adolescent, une PE qui représente sa grand-mère décédée qui a beaucoup compté pour lui. La PE enfant est fixée sur les expériences de violences sexuelles. Dans cette situation de crise, la veille de Noël, je choisis d'être directif en me basant sur les éléments à disposition et sur mon contre-transfert : « Serait-il possible que ce petit Walter émerge ces derniers temps parce qu'il est question de partager l'intimité avec un autre homme puisque votre amie veut avoir des rapports sexuels à plusieurs en votre présence. Je crois qu'il

ne veut pas à nouveau être nu avec un homme. » Le patient acquiesce de la tête le long de mon intervention en versant des larmes. Le patient dit que « le petit Walter » est en colère et crie « je n'ai rien fait de mal ! ». Je confirme qu'en effet il n'a rien fait de mal et propose au patient dans sa PAN de le dire à la PE en question. Je suggère enfin que « le petit Walter » soit mis dans un lieu sûr imaginaire et consolé (descriptif détaillé de cette technique : [28]). A la fin de la séance, le patient est plus calme et satisfait d'avoir compris les raisons de son mal-être soudain. Il lui est conseillé de prendre régulièrement contact avec les PEs en présence et de s'assurer qu'elles restent dans leur lieu sûr imaginaire. Enfin je le mets en garde : le souhait de son amie d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs hommes en même temps réactive les mémoires traumatiques des violences sexuelles subies dans son enfance. Cette séance n'a pas permis d'aborder les aspects d'attachement traumatique réactivés par la rencontre avec cette femme idéalisée. Suite à cette séance et avec une légère augmentation de la médication anxiolytique, Monsieur B. se stabilisa et n'eut pas besoin d'une hospitalisation. Le travail thérapeutique se basant sur la structure dissociative continue avec son thérapeute. Un an plus tard, le patient n'a pas eu d'autres crises de PD ni prodromique. Cela fait en tout trois ans qu'il n'a pas dû être hospitalisé, ce qui contraste nettement avec la forte fréquence des hospitalisations qu'il a eues entre l'âge de 16 et 35 ans.

## **6. Cas n° 2 : psychose dissociative post-puerpérale**

Mme C. est une femme de 35 ans qui prend contact quelques semaines après la naissance de jumeaux. Suite à un accident de voiture, l'accouchement a été précipité et a fait l'objet de complications médicales qui ont failli être fatales à la mère et aux enfants. Mme C. est connue du thérapeute (XXX) pour une psychothérapie de séquelles de traumatismes infantiles et de problèmes relationnels avec son époux. Cette thérapie a consisté en 50 séances d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Thérapie de retraitement par mouvements oculaires [35]) et s'est terminée un an auparavant après une intégration des souvenirs traumatiques, des changements positifs correspondants, et un état de pleine satisfaction dans la relation à son époux.

Au téléphone, Mme C., très perturbée, décrit des phénomènes de dépersonnalisation et d'autres phénomènes qui l'effraient et dont elle ne veut pas parler au téléphone. La dépersonnalisation constante l'inquiète et l'épuise et il est question d'une hospitalisation. Elle a remarqué la dépersonnalisation pendant l'accouchement puis cet état est réapparu après plusieurs semaines « heureuses ». Dans cet entretien téléphonique, je rassure la patiente par

des informations sur les séquelles précoces de traumatisme, et propose un rendez-vous le lendemain pour évaluer l'option d'une hospitalisation, ce qui calme la patiente. Lors du premier entretien, Mme C. décrit avoir depuis une semaine de la méfiance à l'égard des ami(e)s et des « pensées parano » à propos d'un complot du mari et des nouveau-nés contre elle. Elle décrit également des « pensées mystiques », un sentiment de « comprendre le sens » d'événements les plus anodins. Ces symptômes sont accompagnés d'une certaine agitation. On peut confirmer une dépersonnalisation sévère que la patiente dit avoir déjà vécue lors des traumatismes infantiles. La patiente garde selon les moments un regard critique face aux idées délirantes de persécution et aux idées de références, mais au prix de beaucoup d'énergie et d'auto-persuasion. Je suspecte des hallucinations auditives mais n'investigue pas cela pour ne pas déstabiliser davantage la patiente. « Il y a quelque chose en moi sur lequel je n'ai pas le contrôle » : par cette phrase on peut émettre l'hypothèse d'une dissociation structurelle et de l'émergence d'une PE qui déstabilise la PAN. Nous testons cette hypothèse : « Donc il y a quelque chose en vous qui vient avec ces pensées de complot et ces idées mystiques et il y a vous qui n'êtes pas vraiment ou pas complètement d'accord avec ces idées ? De manière différente selon votre niveau d'énergie ? » La patiente acquiesce tout en précisant que selon son état de fatigue elle peut adhérer plus fortement à ces pensées. On a ainsi un accord en faveur de l'hypothèse d'une dissociation structurelle à l'origine de ces symptômes de présentation psychotique. La patiente accepte que l'on explore, la séance suivante, cette « force intérieure » pouvant expliquer ces phénomènes. Je l'invite à consulter un psychiatre de ma connaissance en vue d'une possible médication. Pendant cette première séance, la seule technique hypnothérapeutique utilisée fut des séquences d'acceptation pour être au plus près de la patiente et renforcer la relation thérapeutique.

Lors de la seconde séance, la patiente dit avoir pu se persuader de me faire confiance malgré les pensées paranoïaques. Je guide Mme C. dans un exercice simple de relaxation pour la calmer un minimum. Je lui demande ensuite quelle forme pourrait représenter la force qui envoie ces idées de complot et si elle pourrait entrer en contact avec cette force. Il s'agit d'une grande ombre noire et la patiente, paniquée, la sent se précipiter sur elle. J'interviens immédiatement : « Dites-lui de s'arrêter ! » L'ombre noire s'arrête, à la surprise de la patiente. Puis une intervention centrale : « Elle vous a écoutée, elle a fait ce que vous lui demandiez de faire. » La patiente est étonnée. S'ensuit dans un dialogue interne une exploration des motivations de cette force (PE) symbolisée par l'ombre noire. La patiente dans sa PAN apprend que cette PE veut la protéger, qu'elle est donc de son côté. Lors de traumatismes infantiles, c'est la connaissance d'informations que l'agresseur n'avait pas qui

avait permis de mettre un terme aux violences. Une PE protectrice s'était ainsi formée avec la croyance que, si elle avait des connaissances supérieures, alors elle serait protégée de dangers potentiels. Cet élément n'avait pas été traité lors de la thérapie précédente. J'opte ensuite pour une procédure développée par Reddemann [28]. Il s'agit de donner de la reconnaissance à la PE pour son rôle, de la réorienter dans le présent et ensuite de négocier avec elle un nouveau rôle dans le futur. J'invite la PAN à remercier la PE d'être restée là toutes ces années et de s'être tenue prête à protéger la patiente (c'est-à-dire la PAN), de reconnaître que c'était très utile à l'époque. Ensuite, on demande à la PE quel âge a la patiente et elle répond « 12 ans », au grand étonnement de la PAN. J'invite la PAN à lui dire son âge (35 ans), qu'elle a le permis de conduire, un travail, deux enfants, une maison. La PE est étonnée. Ensuite je suggère un rapprochement entre la PAN et la PE et renforce la position d'adulte efficace et responsable de la PAN, invitant la PE à se mettre en retrait et à n'intervenir que si et seulement si l'adulte en a vraiment besoin. La PE accepte de se mettre en retrait, se rendant compte que la PAN est une femme d'expérience maintenant. La patiente dans sa PAN se sent alors plus légère.

On aborde ensuite les « idées mystiques » qui selon la PAN n'ont pas à voir avec la première PE. La PAN peut dire que ces idées mystiques « c'est quelque chose qui me rassure, me donne de la force et me contient. Ça a toujours été là mais ce n'était jamais gênant comme ça l'est maintenant ». Je demande si la patiente sait pourquoi cette force est devenue plus forte récemment. « Oui. Parce que j'ai failli mourir. Et si la vie n'avait pas de sens, ça serait dramatique de mourir. Toutes ces choses spirituelles se sont intensifiées autour de la naissance des jumeaux. » Ces phénomènes sont apparus « vers mes 18 ans en contact avec des personnes qui étaient dans le spirituel, à l'église que je fréquentais à l'époque. C'était une période très difficile pour moi et ces gens et leurs croyances spirituelles me rassuraient et me contenaient ». J'utilise ce que vient de dire la patiente et y apporte de la reconnaissance pour la souffrance de la jeune fille de 18 ans : « Je comprends que la jeune fille de 18 ans était très perturbée par différentes choses et elle avait eu une adolescence difficile et sa famille n'avait pas compris et pas vu ce qui se passait pour elle, alors elle a recherché de l'aide à l'extérieur de la famille et à l'église elle a trouvé de l'aide. » La patiente pleure et dit que cela a un effet sur la PE. La PAN est ensuite invitée à mettre la jeune fille de 18 ans dans un lieu sûr imaginaire où elle pourra se sentir « rassurée et contenue », pour reprendre les mots de la patiente. Puis un personnage bienveillant imaginaire rassure la jeune fille (procédure de l'apaisement de l'enfant blessé [28]). La patiente conclut que « maintenant elle [la PE] n'a pas besoin de trouver un sens dans les choses de la vie. Elle est bien juste comme ça ».



Six jours plus tard eut lieu le troisième entretien. La patiente a eu nettement moins de symptômes et il a donc été décidé avec le psychiatre qu'elle ne prendrait qu'un anxiolytique léger le soir pour faciliter l'endormissement. Cette séance est utilisée pour continuer à travailler avec la PE responsable des pensées de complot. Sentant que la PAN est encore faible, cette PE, dans son rôle de protection à l'égard de la PAN, veut anticiper de possibles prises de pouvoir par autrui. Cette séance est utilisée à rassurer cette PE et à la réorienter davantage dans le présent, comme fait précédemment.

La semaine suivante, la patiente dit ne plus avoir « aucun symptôme bizarre » ni dépersonnalisation. Elle a eu une « belle discussion » bénéfique avec sa mère autour de sa propre naissance qui a aussi été traumatique. S'en est suivi un travail psychothérapeutique de dix séances pour apaiser les éléments traumatiques anciens que les traumatismes de l'accident de voiture et de l'accouchement avaient réactivés. Les points communs étaient la réaction de dépersonnalisation péri-traumatique et le sentiment d'impuissance.

Au suivi de deux ans et demi, aucun symptôme à présentation psychotique ni post-traumatique n'est réapparu. La patiente dit aller très bien, de même que sa vie familiale, et elle rapporte que les enfants se développent bien.

## **7. Discussion**

Van der Hart, Witztum et Friedman [40] rapportent que, selon Janet, « une psychose pouvait être considérée hystérique si sa nature dissociative pouvait être établie », et ceci selon plusieurs critères que nous listons ici, accompagnés de nos commentaires basés sur la TDSP.

1. « La psychose est impliquée dans un phénomène dissociatif. » Cela fait référence à une structure dissociative de la personnalité.

2. « La psychose elle-même devrait être un état mental dissocié. » Dans le langage de la TDSP, le phénomène d'apparence psychotique est alors l'expression d'une PE.

3. « Il existe une division ou un dédoublement de la personnalité. » Cela présuppose une structure dissociative constituée d'au moins deux parties dissociatives, avec une PAN et au moins une PE ayant une certaine autonomie.

4. « Existence de phénomènes conscients. » Il faut comprendre cela comme des phénomènes qui sont le fait de PEs.

5. « Apparition d'états modifiés de conscience. » Lorsqu'une PE émerge, la PAN peut en effet présenter un état similaire à une transe, prise qu'elle est par les influences de la PE sur ses pensées, émotions et perceptions. Par ailleurs, une PE peut apparaître dans un état

de transe qui est en fait un état de conscience spécifique en lien à la situation traumatique passée.

Witztum et van der Hart [44] proposent que « pour reconnaître un trouble ou un épisode psychotique comme un syndrome de psychose dissociative, il devrait être en lien avec un traumatisme et être impliqué dans une dissociation structurelle de la personnalité ». Les deux cas cliniques présentés dans cet article répondent à ces conditions.

L'approche psychothérapeutique de la PD est peu développée dans la littérature. Ces deux études de cas montrent l'utilité de l'hypnose et de méthodes hypno-imaginatives intégrées dans le modèle de la TDSP.

Aucun test d'hypnotisabilité n'a été réalisé auprès des deux sujets présentés ici. L'utilisation de méthodes hypnothérapeutiques a néanmoins pu être possible sous transe légère. Lors de son évaluation, Monsieur B. avait des difficultés à se laisser guider par le clinicien, comme bon nombre de personnes qui ont vécu des abus de pouvoir. Par ailleurs, Monsieur B. donne l'exemple d'une dissociation structurelle dans laquelle la PAN est très évitante des PE et des souvenirs traumatiques associés. Le clinicien a mis un moment avant de trouver le moyen d'être plus proche du sujet, utilisant ses propres résonances, ce qui a ouvert la voie à une exploration fructueuse de la structure dissociative. Dans le cas de Madame C., malgré une contamination du délire sur la personne du thérapeute, la relation de confiance précédemment établie a rendu possible une mise en transe légère, suffisante pour accéder à la structure dissociative.

Dans ces deux cas, l'utilisation de l'hypnose a été efficace et rapide parce qu'elle se basait sur l'hypothèse d'une structure dissociative. Des techniques hypnothérapeutiques standards ne se basant pas sur la TDSP peuvent avoir un effet calmant [40], mais leur action sur la structure dissociative restera limitée. Or c'est là que l'intervention thérapeutique devrait agir pour un effet optimal.

Selon certains auteurs [9, 11], la PD disparaîtrait spontanément en quelques semaines. Il faudrait clarifier s'il s'agit d'une guérison spontanée ou si la guérison est due à une hospitalisation, une sécurisation, du repos ou une médication. Néanmoins, une PD peut avoir une plus longue durée et dans ce cas une prise en charge psychothérapeutique spécifique s'impose [40]. La PD peut aussi présenter des épisodes répétitifs [6, 38] comme c'est le cas de Monsieur B. Pour les PD à épisode répétés, il faudrait considérer la PD dans le cadre d'un TD (TDI ou ATDS) ou de traumatismes complexes avec une structure dissociative. Un travail préventif peut se faire en prenant en considération la dissociation structurelle.

Dans des cas d'urgence psychiatrique, il peut être utile de pratiquer des interventions hypnothérapeutiques rapides et ciblées en vue de comprendre l'origine de la PD et d'apaiser les PEs en action. Cela est moins stigmatisant et donc moins déstabilisant qu'une prise de neuroleptiques ou qu'une hospitalisation. Dans les deux cas présentés ici, l'avantage était que le thérapeute connaissait les patients et leur histoire et qu'une relation de confiance était déjà instaurée. Dans le cas de Madame C., on aurait pu cibler le thème bien présent de la naissance : ce que son propre accouchement traumatique renvoyait à la patiente de sa propre naissance difficile. Néanmoins, une exploration sans *a priori* des symptômes a amené à une autre problématique dont le traitement s'est avéré efficace immédiatement. Lorsque l'on émet l'hypothèse d'une PD, nous conseillons de suivre les symptômes. Ils nous communiquent quelque chose ; ils sont l'expression d'une PE qui a besoin d'être entendue. Le thérapeute doit aller en terrain inconnu pour explorer les symptômes avec la patiente en tant que PAN, et parfois en tant que PE si la PAN est tellement en retrait que la PE a pris la position exécutive.

## **8. Conclusion**

Diverses dénominations de la PD ont été proposées pour ce que l'on appelait encore il y a peu psychose hystérique : psychose dissociative réactionnelle [38, 40], trouble dissociatif aigu avec présentation psychotique [34]. Nous soutenons cette dernière proposition. Dans tous les cas, il serait logique que ce trouble soit catégorisé dans les TD. Cela clarifierait l'origine traumatique du trouble, sa nature dissociative et sa présentation psychotique.

Le DSM-5 ne tient pas compte de la PD. La place de la PD dans la 11<sup>e</sup> révision de la CIM est encore inconnue. En l'absence d'un diagnostic officiel reconnaissant l'existence de la PD, il convient de sensibiliser les cliniciens, en particulier les psychiatres urgentistes à cette entité clinique à part entière.

La situation peut être délicate pour un clinicien qui n'aura pas connaissance de l'anamnèse psychotraumatique d'un patient, comme c'est le cas, par exemple, dans un service d'urgence psychiatrique. Le clinicien peut ne pas voir, ni même concevoir, le lien possible entre la symptomatologie en apparence psychotique d'une patiente et une possible dissociation structurelle de la personnalité.

La sécurité du patient et celle de son entourage doivent toujours être prioritaires dans la prise en charge d'une PD. Cela implique aussi de concevoir un traitement psychologique qui pourrait débloquer certaines situations, sévères dans leur présentation, comme celles décrites dans ces deux vignettes cliniques, mais aisément résorbables par des méthodes

hypnothérapeutiques et hypno-imaginatives se basant sur l'hypothèse d'une structure dissociative. Le traitement devrait dans tous les cas correspondre aux lignes directrices pour le traitement des troubles dissociatifs, préconisant un traitement par phases : phase 1, stabilisation et réduction des symptômes ce qui peut inclure une hospitalisation et une prescription médicamenteuse) ; phase 2, travail sur les souvenirs traumatiques ; phase 3, intégration [12, 41].

En l'absence de connaissances suffisantes en hypnose et sur la TDSP ou une autre théorie proche comme la théorie des états du moi [27, 28, 43], le clinicien privilégiera un traitement connu, sécurisant et stabilisant. À côté d'études de cas comme celle-ci, des recherches plus importantes sont nécessaires pour mieux connaître cette entité diagnostique à part et les différents traitements possibles. Pour paraphraser Janet, ce ne sont pas des psychotiques comme les autres. Ils méritent donc un traitement spécifique.

Conflit d'intérêt : aucun.

## Références

1. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition. Paris: Masson; 1996.
2. American Psychiatric Association (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition. Paris: Elsevier-Masson; 2015.
3. Auxéméry Y. Névrose et psychose : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? *Ann Med Psy* 2015;173:643-8.
4. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. 1911
5. Crapet M. Le concept de discordance dans la schizophrénie : est-il toujours d'intérêt en 2012 ? Thèse de médecine. Université de Nantes. 2012
6. Daninos S. Étude d'un cas clinique : complexité diagnostique, schizophrénie ou psychose hystérique. *Psychiatrie et santé mentale* 2015. <dumas-01291187>
7. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Hanna D, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:892–8.
8. El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, Gaillard P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation* 2002;3:59-73.
9. Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Évolution*

psychiatrique 1961;26:257-86.

10. Freud S, Breuer J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF; 1956.
11. Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psy* 1964;120:1066-74.
12. International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *J Trauma Dissociation* 2011;12:115- 87.
13. Janet P. *Névroses et idées fixes*. Vol. 1. Paris: Félix Alcan; 1898.
14. Janet P. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *J Psychologie* 1904; 1: 417-53.
15. Janet P. *Les médications psychologiques*. Paris: Félix Alcan; 1919.
16. Janet P. *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: A. Chahine; 1928.
17. Janet P. Réalisation et interprétation. *Ann Méd Psychol* 1935;93:329-66.
18. Kluft RP. First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psy* 1987;144:293-8.
19. Kluft RP. Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorders. *Am J Psy* 1996;153 (suppl 7):103-10.
20. Maleval JC. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot; 1981.
21. Moskowitz A. Association and dissociation in the historical concept of schizophrenia. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley; 2008. P. 35-49.
22. Myers CS. *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press; 1940.
23. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Men Dis* 1996;184:688-94.
24. Nijenhuis ERS. *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control*. Volume III, Enactive Trauma Therapy. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2017.
25. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des troubles mentaux – CIM-10*. Paris: Masson; 1994.
26. Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press; 1998.
27. Phillips M, Frederick C. *Psychothérapie des états dissociatifs : Guérir le moi divisé*. Bruxelles: Satas; 2001.

28. Piedfort-Marin O, Reddemann L. Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives. Bruxelles: Satas; 2016.
29. Putnam F. Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: The Guilford Press; 1989.
30. Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Quack J, Korf J, Paans AMJ, Haaksma J, Den Boer J. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biol Psy* 2006;60:730-40.
31. Ross CJ. Multiple personality disorder. New York: John Wiley & Sons; 1989.
32. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrénia. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31:111-8.
33. Ross C.A. Dissociative schizophrenia. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley; 2008. P. 281-94.
34. Sar V, Öztürk E. Psychotic presentations of dissociative identity disorder. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 535-545). New York: Routledge.
35. Shapiro F. *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*. Paris: InterEditions; 2006.
36. Schlumpf YR, Nijenhuis ERS, Chalavi S, Weder EV, Zimmermann E, Luechinger R, Jäncke L. Dissociative-part dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical* 2013;3:54-64.
37. Steinberg M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
38. Tutkun H, Yargic LI, & Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996 ; IX (4) : 244-252.
39. Van der Hart O, Spiegel D. Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses : The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1993;41:191-209.
40. Van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis, *J Traumatic Stress* 1993;6:43-64.

41. Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. *Le Soi hanté : La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles: de Boeck; 2010.
42. Van der Hart O, Steele K, & Nijenhuis ER. The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *Eur J Trauma Dissociation* 2017;1:25-35.
43. Watkins JG, Watkins HH. *Ego States Theory and Therapy*. New York: Norton; 1997.
44. Witztum E, Van der Hart O. Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. In Moskowitz A, Schäfer I, & Dorahy M, *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chicester, UK: Wiley; 2008. P. 21-33.