



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Cahier de Développement professionnel continu

Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques

Dissociative Identity Disorder: Myths Tested by Scientific Research

Olivier Piedfort-Marin^{a,b,*}, Geoffrey Rignol^a, Cyril Tarquinio^a^a Université de Lorraine, APEMAC/EPsAM EA 4360, Metz, France^b Institut Romand de Psychotraumatologie, avenue de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 28 septembre 2020

Accepté le 10 février 2021

Disponible sur Internet le 20 mars 2021

Mots clés :

Amnésie

Dissociation

Trauma psychologique

Schizophrénie

Trouble dissociatif de l'identité

RÉSUMÉ

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) fait l'objet de controverses dans la littérature scientifique et dans la pratique clinique. Cet article relève les principales croyances des cliniciens et les confronte aux études scientifiques sur ce sujet par une présentation des principales recherches des spécialistes du TDI et des opposants à ce trouble. Il résulte de cette revue de la littérature que (1) le TDI est un trouble différent de la schizophrénie ; (2) qu'il existe en dehors de toute influence iatrogène du thérapeute ou des médias ; (3) ces patients ne sont pas particulièrement sujets à la suggestibilité ni à la tendance à l'affabulation ; (4) le TDI apparaît en dehors de tout traitement hypnothérapeutique ; (5) il est le plus sévère des troubles d'origine traumatique ; (6) l'amnésie de traumas de l'enfance est un phénomène démontré ; (7) l'étendue des violences physiques et sexuelles extrêmes réalisées par des individus ou des groupes organisés sur des enfants, parfois des bébés, est connue des instances policières et judiciaires.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Dissociative Identity Disorder (DID) has long been the subject of controversy in scientific literature and in clinical practice. This article identifies the main beliefs of clinicians and compares them to the scientific studies on this subject by presenting the main research of DID specialists and the opponents of this disorder. It results the following from this review of the literature: (1) DID is a different disorder from schizophrenia; (2) it exists independently of any iatrogenic influence of the therapist or of the media; (3) these patients are not particularly prone to suggestibility or fantasy; (4) DID appears outside of any hypnotherapeutic treatment; (5) it is the most severe of the traumatic disorders; (6) amnesia of childhood trauma is a proven phenomenon; (7) the extent of extreme physical and sexual abuse of children, sometimes infants, by individuals or organized groups, is known to police and judicial authorities.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Amnesia

Dissociative identity disorder

Dissociation

Psychological trauma

Schizophrenia

1. Introduction

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) – anciennement trouble de personnalité multiple – fait l'objet d'une controverse présente à la fois dans la littérature scientifique et dans la pratique clinique. On peut entendre ou lire régulièrement des croyances bien installées à propos de ce trouble qui fait pourtant peu l'objet

d'enseignement dans les cursus de formation des psychologues, psychiatres ou psychothérapeutes. Il semble en outre que les recherches les plus récentes sur le TDI soient méconnues par bon nombre de cliniciens. Dans la pratique clinique, des cliniciens rapportent des affirmations sur le TDI qui vont à l'encontre de la pratique des spécialistes des TDI et à l'encontre des recherches. Il semble donc que le TDI fasse l'objet de croyances en contradiction les unes aux autres. Le TDI a fait l'objet de contestations quant à son existence même. Et c'est un fait que ce trouble questionne, d'autant plus qu'il pose la question de ce que sont la personnalité et la conscience.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.piedfort@gmail.com (O. Piedfort-Marin).

Alors que le trouble dissociatif de l'identité fait l'objet d'une description relativement précise et constante dans le DSM depuis sa 3^e version [1], la CIM 10 [71] mentionne encore l'ancien nom donné à ce trouble, le trouble de personnalité multiple. Dans sa 11^e version [72] qui devrait entrer en force en 2022, la section spécifique de la CIM sur les troubles dissociatifs a fait l'objet d'une réorganisation générale et d'une clarification des diagnostics. Le terme de trouble de personnalité multiple disparaît au profit de celui de trouble dissociatif de l'identité (TDI) et fait l'objet d'une description qui reprend les points principaux de celle du DSM-5 [3]. Ainsi les deux manuels diagnostiques internationaux sont maintenant comparables sur un trouble pourtant controversé.

Le DSM-5 [3, p. 346] définit le TDI par la « perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur ». Par ailleurs se rajoutent des « trous de mémoires dans le rappel d'événements quotidiens, d'information personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques. » La CIM-10 [71, p. 143] décrit la personnalité multiple comme caractérisée par « l'existence apparente chez une même personne de deux ou plusieurs personnalités distinctes, l'une d'entre elles seulement se manifestant à un moment donné. Chaque personnalité est au complet, avec ses propres souvenirs, affinités et comportements, parfois très différents de ceux de la personnalité pré-morbide (unique). Dans la forme habituelle à deux personnalités, l'une d'entre elles est habituellement dominante, mais les deux personnalités ne connaissent pas leurs souvenirs respectifs et, dans la plupart des cas, ne sont pas conscientes de leur existence réciproque ». Dans la CIM-11, la description est quelque peu différente et rejoint davantage le DSM-5. Le TDI y est caractérisé « par une perturbation de l'identité lors de laquelle il y a deux ou plusieurs états de personnalité distincts (identités dissociatives) associés à une discontinuité marquée du sens du soi et de l'agentivité. Chaque état de personnalité a son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation à soi, son corps et l'environnement. Au moins deux états de personnalité distincts prennent le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu en interagissant avec autrui ou l'environnement, comme dans la réalisation de certains aspects de la vie quotidienne comme le rôle de parent, le travail, ou en réponse à des situations spécifiques (perçues comme menaçantes). Les changements des états de personnalité sont accompagnés d'altérations dans les sensations, perceptions, affects, cognitions, la mémoire, le contrôle moteur et le comportement. Il y a habituellement des épisodes d'amnésie qui peuvent être sévères ». Pour les deux manuels diagnostiques, le trouble doit faire l'objet d'une détresse significative et avoir un impact sur le niveau de fonctionnement. Par ailleurs, il faut exclure selon le DSM-5 la possibilité d'effets physiologiques d'une substance ou une autre affection médicale. La CIM-11 décrit les exclusions de manière plus précise : « Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie mentale, comportementale ou neurodéveloppementale, et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'une médication sur le système nerveux central, y compris l'effet de sevrage, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux ou d'un trouble sommeil-éveil. » Il n'est cependant pas clair de quelle maladie neurodéveloppementale il pourrait s'agir.

En résumé, le TDI est caractérisé par des changements d'un état de personnalité à un autre, souvent accompagné d'amnésie dans le quotidien. Alors que certains états de personnalité peuvent gérer le quotidien, d'autres sont souvent fixés sur une situation trauma-

tisante ou ont pris un rôle et une fonction spécifiques au sein du système interne dissocié qui forme la personnalité dans son entier [110]. Le TDI questionne sur des aspects fondamentaux de l'être humain : peut-on vraiment avoir plusieurs états de personnalité distincts qui prennent tour à tour le contrôle sur soi et interagissent avec le monde extérieur ? Peut-on vraiment oublier une partie entière de sa vie ou simplement plusieurs heures de la journée ? Et de manière plus large : comment définir la personnalité et la conscience ?

En deçà de ces questions fondamentales en psychologie, il est nécessaire de poser les fondements de la connaissance au sujet du TDI et de confronter les mythes face aux recherches scientifiques sur ce sujet. C'est l'objet de cet article qui passent en revue les principales assertions au sujet du TDI en les confrontant aux recherches scientifiques. Nous avons choisi de nous concentrer sur les principales assertions formulées dans la pratique clinique et qui sont les suivantes :

- Le TDI est en fait de la schizophrénie ;
- Le TDI n'existe pas ;
- Le TDI se développent sous l'influence des médias et/ou des thérapeutes chez des personnes suggestibles ayant des tendances à l'imaginaire et à l'affabulation ;
- L'étiologie du TDI est donc iatrogène et non post-traumatique ;
- L'amnésie des récits traumatiques terrifiants que ces personnes rapportent plus tard en thérapie n'est pas possible et de tels récits sont des inventions sans fondement.

Pour chacune de ces assertions nous allons présenter la littérature scientifique à ce propos et débattre des différents arguments.

2. Double conscience, hystérie et dissociation

Si cet article n'est pas une revue historique du concept de dissociation, il convient néanmoins d'inscrire le TDI dans la lignée des travaux fondateurs sur ce sujet. Si le terme de dissociation semble avoir été utilisé pour la première fois en 1845 par Moreau de Tours, la première publication d'un cas que l'on classerait aujourd'hui de TDI semble être celle de Charles Despine (1777-1852) [95]. Despine décrit le cas d'une patiente nommée Estelle L'Hardy, et établit un lien entre les présentations cliniques hystériques de la patiente—principalement ce que l'on nommait à l'époque un dédoublement de la conscience—et un traumatisme infantile. Quelques temps plus tard, un cas célèbre de la littérature francophone nous est donné par Etienne Azam (1822-1899), le cas de Félicité X [4]. Azam suivit cette patiente à partir de 1858 et pendant trente ans. Il décrit le phénomène de « double conscience », avec un état au caractère triste et un autre au caractère enjoué, avec amnésie d'un état pour l'autre. Maleval [63] analyse ce cas par l'existence de deux instances moïques, l'inconscient ne se révélant à nu ni dans un état ni dans l'autre. A. Myers semble avoir été le premier à utiliser le terme de personnalité multiple pour le cas du patient Louis Vivet qui avait plus qu'un *dédoublement* de la conscience [95].

À l'hôpital de la Salpêtrière, les travaux de Charcot (1825-1893) sur l'hystérie amènent à un intérêt particulier pour cette pathologie et Janet va développer ses travaux pour en faire des descriptions particulièrement riches et précises, tant au niveau clinique que conceptuel. Selon Janet, la dissociation—en tant que division de la personnalité—est le symptôme central de l'hystérie. Il décrit l'hystérie comme « une forme de dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse

constituent la personnalité » [43, p. 345]. Par le *rétrécissement du champ de la conscience*, Janet décrit « la réduction du nombre de phénomènes psychologiques qui peuvent être simultanément réunis dans une même conscience personnelle » [43, p. 339], comme dans le cas d'un somnambule qui a les yeux ouverts et « voit certains objets en rapport avec son idée et non les autres ». On pourrait dire qu'il s'agit d'une attention sélective en lien avec l'idée fixe. *L'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions* fait référence à ce que l'on nomme aujourd'hui états de personnalité distincts ou parties dissociatives.

Les travaux de Janet eurent à l'époque une influence internationale, y compris sur les premiers travaux de Freud [31] et sur d'autres cliniciens de l'époque, comme Pitres et Régis [77], qui analysèrent certains cas d'obsessions et impulsions sous l'angle d'une dualité hystérique. Aux USA, Prince [79], proche des idées de Janet sur la dissociation, décrit dans le livre au titre évocateur, *La dissociation d'une personnalité*, le cas de Christine Beauchamp qui avait plusieurs entités de personnalité. Puis avec le développement de la psychanalyse, les travaux de Janet passèrent à l'oubli avant d'être redécouverts récemment, en particulier à travers la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité [110].

3. Illustration par une vignette clinique de trouble dissociatif de l'identité

Les anciens auteurs ont décrit avec minutie des cas d'hystérie souvent complexes en tentant de comprendre des troubles que l'on nomme actuellement TDI. Nos observations cliniques mettent en évidence que les présentations cliniques du TDI sont diverses et parfois complexifiées par la présence de comorbidités. Nous aimerions présenter ici une brève vignette clinique à des fins d'illustration pratique où l'on voit les grandes questions qui se posent face à ce trouble et auxquelles nous allons tenter de répondre dans cet article.

Monsieur André W.¹ consulta pour des troubles anxieux et des excès d'alcool. La prise de rendez-vous nécessita trois entretiens téléphoniques. Lors du troisième entretien, alors que le thérapeute lui rappelle le deuxième, André reste un moment sans voix au bout du fil, dit ne pas s'en souvenir et met cela sur le compte d'un excès d'alcool. Bien que ne connaissant pas encore le patient, lors de ce deuxième entretien téléphonique, le thérapeute n'a pas décelé de signes d'alcoolisation pouvant expliquer une amnésie ; le patient s'est exprimé de façon adéquate et avait des questions élaborées dénotant une difficulté à faire confiance et une certaine appréhension à entamer une thérapie. Lors de la première séance, on observe un homme de taille moyenne simple, poli, respectueux, un peu anxieux. Une personne *a priori* sympathique, sans particularité, sans trait histrionique. Lors de la deuxième séance, soudain il semble comme paralysé du bras droit, son visage semble se figer, il semble ne plus regarder son interlocuteur. Le thérapeute demande ce qu'il se passe : « rien » répond le patient. Pourtant il montre des difficultés à articuler ses mots, à avaler sa salive. Puis ses pieds frottent le tapis comme s'il repoussait quelque chose ou comme s'il souhaitait marcher à reculons. Son buste commence à faire un mouvement de balancier. Sa parole semble bloquée et en même temps on dirait qu'il souhaite parler sans y arriver. Le thérapeute lui dit observer qu'il semble avoir de la peine à s'exprimer et que son corps a des mouvements particuliers. Il répond un « non, ça va » peu convaincant. Puis soudain son buste a des mouvements plus intenses et il semble ressentir de la douleur. Le thérapeute demande à nouveau ce qu'il se passe. D'une voix

différente, d'un ton légèrement agressif mais à voix basse comme s'il peinait à articuler : « Je veux qu'il se taise. » Le thérapeute demande : « Qui doit se taire ? » Quelques secondes plus tard, alors que les mouvements du torse continuent, d'une voix enfantine : « Mais moi je veux parler. » Le thérapeute : « Il y a la volonté de parler et il faut se taire, c'est bien ça ? » Le visage et le torse sont encore sujets à des mouvements de tension avant d'entendre à nouveau « je veux qu'il se taise » puis « je veux parler ». Deux tons de voix légèrement différents mais clairement distincts de la voix du patient en début de séance. Suite à cela une exploration progressive mit en évidence qu'André avait une dizaine d'états de personnalité distincts. Son médecin généraliste, le voyant parfois dans ces états « autres », avait posé le diagnostic de schizophrénie et prescrit un neuroleptique qu'André refusa de prendre. Étant donné que certains changements d'un état de personnalité à un autre n'avaient rien de spectaculaire et pouvaient même parfois passer inaperçus, on peut comprendre ses conclusions. Refusant le diagnostic de TDI que le thérapeute avait posé, il envoya le patient consulter un psychiatre afin de clarifier le diagnostic. Celui-ci déclara qu'il ne présentait pas de signe de psychose et laissait au thérapeute traitant le soin d'évaluer la question de la dissociation. André avait en effet la capacité de se présenter comme une personne tout à fait respectable, aimable et apparemment normale.

Lors de l'anamnèse, on apprit qu'à l'occasion d'un contrôle médical, des traces d'une fracture importante du bras ont été observées, ce dont le patient ne se souvenait pas. Le patient ne s'attardait pas sur les questions qu'on aurait raisonnablement pu se poser : dans quelles circonstances a-t-il eu cette fracture et comment se fait-il qu'il ne se souvienne pas d'une blessure aussi douloureuse ?

Tout au long de la thérapie, on découvrit qu'André avait un état de personnalité dominant qui gérait le quotidien. Lorsque la personnalité dominante n'avait plus le contrôle exécutif, un autre état de personnalité (ou partie dissociative) venait à la rescousse et pouvait réaliser de nombreuses tâches de la vie quotidienne dans le but d'aider à faire comme si tout allait bien. Enfin d'autres états de personnalité étaient bloqués dans des réviviscences traumatiques et trois autres souhaitaient tuer André et réalisaient des actions dangereuses (scarifications, prise d'alcool avec amnésie, insultes intérieures poussant à des actes auto-dommageables ou au suicide). L'exploration des rôles et actions de chaque partie dissociative mit en avant la difficulté de comprendre certaines parties d'un point de vue phénoménologique, alors que pour d'autres parties les choses pouvaient sembler plus claires. Lors d'hospitalisations aux urgences après des actes auto-dommageables, il pouvait présenter de tels comportements de panique qu'il se blottissait dans un coin de la pièce, les yeux hagards, sans pouvoir répondre aux sollicitations des soignants.

Lorsque le téléphone du cabinet retentissait, le patient passait à un autre état de personnalité et se réfugiait apeuré derrière son fauteuil. Cette partie put raconter avec des mots simples et répétitifs qu'il avait peur des hommes qui allaient venir. Le reste du récit fort en émotion était celui d'un viol qui était en train d'avoir lieu. Après quelques minutes, on observait un changement et l'André « adulte » revenait à lui, se montrait gêné de se trouver assis par terre derrière le fauteuil et disait ne se souvenir de rien des quinze minutes écoulées. Il continuait la séance comme si de rien était et montrait—certes avec politesse—son agacement lorsque le thérapeute lui demandait de décrire ce dont il se souvenait des minutes précédentes. André, dans son état dominant, avait pu dire d'une voix détachée qu'il avait régulièrement vécu des violences sexuelles orchestrées par un oncle et des amis de cet oncle lorsqu'il était enfant, mais il n'entrait jamais dans les détails. Il arrivait que ses hommes le droguent de force avant les viols. Le thérapeute émit l'hypothèse que la sonnerie du téléphone était un stimulus

¹ La présentation clinique de ce cas a été modifiée afin de garantir l'anonymat des patients qui l'ont inspirée. Chaque symptôme a été observé par l'un de nous (OPM) chez un certain nombre de patients pour construire ce cas qui correspond néanmoins à la clinique du TDI.

conditionnel indiquant que des hommes allaient venir rejoindre l'oncle et cela activait une partie dissociative qui revivait l'événement du viol. Alors que la sonnerie retentit de nouveau en séance et voyant que le patient semblait certes perturbé mais restait dans le fauteuil, le thérapeute crut y voir un progrès thérapeutique.

Thérapeute : Vous avez pu rester dans le fauteuil cette fois-ci.

Patient : Non, je suis allé sur le balcon (le cabinet donne sur un balcon).

Thérapeute : Ah bon, mais je vous ai vu rester dans le fauteuil.

Patient : Non, je suis allé sur le balcon pour m'y réfugier.

Thérapeute : Vous avez imaginé être allé sur le balcon ?

Patient : Non, je n'ai rien imaginé. J'y suis allé. J'ai traversé les vitres.

On voit ici que cette partie dissociative confond la réalité et ses souhaits. On pourrait y voir des symptômes psychotiques – et d'une certaine manière c'en est – mais on peut aussi comprendre que face à un danger extrême et sans espoir de fuite, le psychisme veut croire qu'il puisse faire quelque chose. D'un côté, l'André « adulte » était fonctionnel, adapté, orienté dans le temps et l'espace, sans troubles de la pensée, et de l'autre un certain nombre de parties dissociatives étaient fixées sur les expériences traumatiques ou imitaient les agresseurs. Certaines de ces parties s'engageaient dans des actions qui laissaient penser qu'elles étaient fortement désorientées, pas seulement de la réalité actuelle, mais aussi parfois de la réalité de l'expérience traumatique – peut-être sous l'effet du stress extrême et/ou des substances ingérées lors des viols.

Une thérapie sur plusieurs années eut pour effet de stabiliser le monde intérieur en permettant à certaines parties dissociatives d'être entendues par le thérapeute, à défaut d'être entendues par André dans son état de personnalité dominant (ou André « adulte »). Celui-ci profita du soutien psychologique nécessaire pour traverser une période de vie objectivement difficile au niveau professionnel et familial, mais il refusa de faire un travail thérapeutique plus spécifique en vue d'intégrer des parties dissociatives. Il préférait ne rien en savoir et arrêta la thérapie aussitôt que les alternances de parties s'arrêtèrent et que les symptômes avaient diminué pour atteindre un niveau qui lui était acceptable.

Cette vignette clinique illustre différentes thématiques autour du TDI, à savoir :

- la difficulté à distinguer TDI et psychose ;
- la difficulté à trouver un consensus entre collègues sur le diagnostic de tels patients ;
- le défi de comprendre le sens des symptômes produits par des états de personnalité pris dans des réviviscences traumatiques et adoptant des actions de survies qui parfois dépassent l'entendement ;
- la question de l'amnésie d'événements passés et dans le quotidien présent ;
- la tendance des patients TDI dans leur état de personnalité dominant à éviter le contact avec les états de personnalité fixés sur les expériences traumatisantes ;
- la spécificité d'un langage du thérapeute qui exclut tout risque de suggestion, pas seulement pour éviter les reproches de suggestion de la part de collègues, mais aussi parce que c'est le meilleur moyen d'être au plus proche de l'expérience du sujet ;

À travers cette vignette clinique, nous voyons les défis qui se présentent aux cliniciens qui traitent des patients souffrant d'un TDI. Cet article va reprendre ces grandes thématiques et les étudier à travers la littérature scientifique.

4. Le trouble dissociatif de l'identité est-il de la schizophrénie ?

Les travaux de Janet eurent une influence internationale, y compris sur les premiers travaux de Freud [31]. Quelques années plus tard, Bleuler [6] proposa le concept de schizophrénie qui eut lui aussi un retentissement important et que Freud intégra dans son nouveau modèle théorique qui excluait ou diminuait fortement l'impact des traumatismes sexuels sur la psychopathologie au profit du fantasme. À cette même période, on observe un intérêt pour la psychose hystérique, trouble qui associerait à la fois présentation psychotique et étiologie dissociative [76]. Les grands auteurs de l'époque comme Janet et Freud s'intéressaient aux délires et hallucinations chez les hystériques et à la difficulté de les distinguer de phénomènes similaires chez les déments précoces. Ce débat disparut avec le déclin de l'intérêt pour l'hystérie [62]. Plus tard plusieurs auteurs s'y sont intéressés comme Hollender [41], ou encore en France, Ey [39,40], Follin [28] et plus tard Maléval [63], mais cette thématique restera marginale.

Au fur et à mesure que la psychanalyse voyait son influence croître, les travaux de Janet passaient à l'oubli. Par ailleurs la traduction de certains termes de l'allemand au français amena certaines confusions. Ainsi le terme *Spaltung* utilisé par Bleuler eut plusieurs traductions françaises, dont *dissociation* et plus tard *clivage*. Par ailleurs Bleuler s'est fortement basé sur les travaux de Jung, tous deux exerçant à Zurich, alors que le concept de « complexe » de ce dernier était fortement basé sur les travaux de Janet à qui il avait rendu visite à Paris. Avec un regard contemporain, certains cas décrits par Bleuler répondent au diagnostic actuel de TDI [92,93], ce qui n'est pas étonnant au vu de ce qui précède. Les concepts de dissociation et de schizophrénie se sont développés dans une période riche de l'histoire de la psychopathologie et sans doute avec une influence du concept janetien de dissociation sur celui de schizophrénie de Bleuler.

Les travaux de Bleuler ainsi que ceux de Schneider ont encore aujourd'hui une influence prépondérante dans les manuels diagnostiques officiels. Bleuler [6] a décrit quatre symptômes fondamentaux de la schizophrénie :

- la *Spaltung* des fonctions psychiques avec l'émergence de complexes indépendants qui mettent à mal l'unité de la personnalité (coexistence d'affect, de désirs et de pensées s'opposant) ;
- les troubles des associations (perturbation du cours de la pensée) ;
- les troubles de l'affectivité ;
- l'autisme (perte de contact avec la réalité et tendance à la vie intérieure).

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 mais en seraient les réactions. De nos jours le diagnostic de schizophrénie est pourtant posé sur la seule base de ces signes « accessoires ».

En 1939, Schneider [99] publie une liste de symptômes caractéristiques de la schizophrénie. Il différencie les *symptômes de premier rang* « qualitativement anormaux », permettant de diagnostiquer avec certitude la schizophrénie, et les *symptômes de second rang* « quantitativement anormaux » représentant une exacerbation de phénomènes pouvant être normaux. Les symptômes schneideriens de premier rang (SSPR) furent intégrés aux descriptions diagnostiques modernes de la schizophrénie en suivant presque à la lettre cette citation de Schneider, pourtant en opposition aux travaux de Bleuler [99, p. 133-134] : « Lorsque l'un de ces modes d'expérience est indéniablement présent et

qu'aucune maladie somatique de base ne peut être trouvée, nous pouvons poser le diagnostic clinique décisif de la schizophrénie. »

La difficulté réside dans le fait que dans le TDI on observe aussi des SSPP, en particulier des voix critiques, des voix d'enfants, des voix parlant entre elles. Chez le TDI, les SSPP sont des signes de la présence d'un autre état de personnalité distinct et/ou des communications entre états de personnalité distincts. Comme les sujets ayant un TDI sont particulièrement phobiques des autres états de personnalité, il est souvent difficile de mettre au jour l'origine dissociative des symptômes schneideriens. Certaines recherches testent si l'on peut différencier le TDI de la schizophrénie sur la base des SSPP ou d'autres symptômes.

Si l'on compare les sujets TDI aux sujets schizophrènes, on remarque des différences importantes quant aux SSPP. Tout d'abord, selon les études, les sujets TDI ont entre 3,6 et 6,4 SSPP [48,89,96] alors que dans une étude avec des patients présentant un premier épisode de schizophrénie, ceux-ci en présentaient 0,9 [107]. Les symptômes d'influence passive (activités mentales et somatiques vécues comme « non miennes ») sont plus présents chez les TDI que chez les schizophrènes et davantage accompagnés de croyances délirantes dans la schizophrénie [50,89,117].

En outre les hallucinations auditives ne sont pas spécifiques à la schizophrénie et seraient même plus fréquentes dans le TDI [23,50]. On trouve ainsi des hallucinations auditives chez 80-90 % des sujets TDI [23,90,96] et chez 47 % à 90 % des patients avec des troubles dissociatifs mixtes [8,48,89]. Des voix conversant entre elles, des voix d'enfants et des voix critiques sont très fréquentes dans le TDI. Dorahy et al. [23] ont trouvé que les voix d'enfant étaient présentes chez 97 % des TDI et seulement 6 % de son échantillon de schizophrènes, ce qui pourrait donc être un critère de diagnostic différentiel important. Par ailleurs, toujours selon la même étude, les voix commentant et les voix conversant seraient plus typiques du TDI que de la schizophrénie, alors que Laddis et Dell [50] ont trouvé des résultats différents à ce sujet. On observe une différence notable entre TDI et schizophrènes : les TDI n'ont pas de croyances délirantes à propos des hallucinations auditives, contrairement aux schizophrènes. Ce point serait aussi un signe notable de différenciation diagnostique à prendre en considération.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse à la symptomatologie générale à l'aide de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS ; [45]), on observe que les TDI ont plus de symptômes positifs que les schizophrènes mais moins de symptômes négatifs [25] et ils scorent plus haut que les schizophrènes sur l'échelle de psychopathologie générale de la PANSS.

Quant à la dissociation mesurée par la DES [5], l'outil de mesure de la dissociation le plus utilisé en recherche, on remarque que le niveau de dissociation dans la schizophrénie est systématiquement plus faible que dans les troubles dissociatifs [82], mais plus élevé que chez des sujets contrôles sains. Par ailleurs le score à la DES chez les schizophrènes est fonction des événements traumatiques vécus par les sujets [87].

Entre un quart et la moitié de sujets TDI ont reçu auparavant un diagnostic de schizophrénie qui semble être l'erreur de diagnostic la plus fréquente chez les patients souffrant de TDI [8,29,90,92]. À noter que dans le DSM-IV [2], la seule présence d'une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou bien de plusieurs voix conversant entre elles, suffisait pour poser le diagnostic de schizophrénie, même en l'absence d'autres symptômes typiques comme un discours désorganisé, un comportement grossièrement désorganisé ou de symptômes négatifs. Au vu des recherches que nous avons présentées, on comprend mieux que des patients TDI reçoivent le diagnostic erroné de schizophrénie.

En résumé, les constructions nosographiques de TDI (anciennement une forme d'hystérie) et de schizophrénie se sont

développées dans une période très riche de l'histoire de la psychopathologie. Des influences conceptuelles non assumées, des concurrences personnelles, la difficulté de l'époque d'appréhender ces troubles sans outils diagnostiques validés, l'évolution historique différente des concepts de dissociation et de psychose, autant de facteurs amenant à une difficulté actuelle à différencier des troubles qui ont des points communs et des différences dans leur présentation clinique.

À cela s'ajoute une confusion générale autour du concept de dissociation qui s'est fortement éloigné de la définition janetienne. Au niveau des critères diagnostiques, la forte présence des SSPP dans le TDI, alors qu'ils sont considérés de longue date comme typiques de la schizophrénie, rend difficile une distinction claire entre le TDI et la schizophrénie sur la seule base de ces symptômes. Deux méta-analyses récentes concluent à un chevauchement important de symptômes entre les troubles du spectre de la schizophrénie et les troubles dissociatifs [58,87], ce qui ne veut pas forcément dire que ces deux types de troubles ont la même origine ni le même fonctionnement. Si Longden et al. [58] proposent une étiologie sous-jacente commune entre dissociation et symptômes psychotiques, d'autres [51] sont d'un avis opposé et considèrent que les symptômes communs au TDI et à la schizophrénie, y compris certaines hallucinations auditives, sont générés par des mécanismes distincts.

Plusieurs recherches montrent que TDI et schizophrénie peuvent être différenciés au niveau des SSPP. Par ailleurs, le niveau de dissociation mesuré par la DES distingue clairement les deux troubles. Enfin de faibles symptômes négatifs à la PANSS chez les TDI serait un moyen de les distinguer des patients psychotiques [58]. En outre le SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders : [105])—outil de référence pour le diagnostic des troubles dissociatifs—permet de distinguer le TDI de la schizophrénie [106,113], tout comme le DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule, [88]).

Nous concluons que le TDI n'est pas de la schizophrénie, que les deux troubles peuvent être différenciés, à la fois par des outils d'évaluation de la schizophrénie et des outils d'évaluation des troubles dissociatifs, mais la confusion entre ces deux troubles est compréhensible au regard de l'historique des concepts sous-jacents. Davantage d'études sont nécessaires pour aider les cliniciens à différencier correctement le TDI et la schizophrénie.

5. Le trouble dissociatif de l'identité existe-t-il vraiment ?

Certains auteurs considèrent que le TDI n'est rien d'autre qu'une construction et/ou une simulation et donc que, de fait, ce trouble n'existe pas. Le modèle socio-cognitif (MSC) rassemble les théories expliquant ce « prétendu » TDI. Le MSC explique le TDI comme un syndrome qui consiste en l'affichage de multiples rôles qui ont été créés, légitimés et maintenus par le renforcement social [53]. Le MSC propose que l'apparition du trouble serait due à des influences socioculturelles (médias ou religions) [53,103], à des psychothérapies suggestives, à des tendances à l'affabulation, des dysfonctionnements cognitifs, et/ou à un haut niveau de suggestibilité [34,65].

5.1. Une influence des médias ?

À propos de l'influence des médias, on note en effet une augmentation du nombre de cas aux États-Unis après la publication du roman *Sybil* de Schreiber en 1973 [100], qui raconte la vie d'une patiente TDI, et après la sortie de son adaptation cinématographique en 1976 [74]. C'est à cette période que le nombre de cas de TDI a drastiquement augmenté dans la littérature scientifique en comparaison des décennies précédentes.

[7,15,37,80]. Certains [73,78] en concluent que le TDI ne fut qu'une mode pendant une période de temps relativement restreinte avant que le TDI ne décline dans les années 1990. Néanmoins, on observe la présence de TDI dans des pays ou régions où la littérature dans ce domaine est inexistante [53,118]. Il est probable que des patients atteints de TDI aient toujours existé, parfois sous d'autres dénominations diagnostiques, comme en témoignent des descriptions rapportées depuis plusieurs siècles, comme le cas d'Anna O. [31]. Le livre et le film autour du cas dénommé Sybil a sans doute favorisé—en tout cas aux USA—la communication sur ce trouble méconnu et amené à des diagnostics de personnes jusqu'alors traitées pour des symptômes secondaires au TDI. Parallèlement à cela néanmoins, on observe que la littérature spécialisée a commencé à foisonner sur ce sujet dès les années 1980. Les spécialistes observaient néanmoins dans les années 1980 [49,80] que des patients TDI font souvent face à des erreurs diagnostiques sur une moyenne de six ans avant d'être finalement diagnostiqués de TDI.

Avoir vu un film ou lu un livre sur une personne ayant un TDI suffit-il à connaître le TDI et à pouvoir faire semblant d'en avoir un ? Dell [20] fit une étude intéressante à cet égard. Avec un large échantillon de 220 sujets diagnostiqués TDI, il investigate 23 symptômes. Les patients TDI en comptent en moyenne 20,2. Cependant Dell atteste que parmi l'ensemble de ces symptômes, 15 sont latents (ou invisibles), inconnus des médias, du grand public mais aussi de la majorité des professionnels du milieu de la santé, alors qu'ils apparaissent chez 83 % à 95 % des personnes souffrant de TDI. Il est par ailleurs reconnu que les personnes TDI ont tendance à minimiser leurs symptômes [91] et que les présentations spectaculaires du TDI sont rares [35]. Le plus souvent les symptômes sont cachés des patients qui en ont honte. Ces dernières années, plusieurs films ont mis en image des individus TDI ; il ne semble pourtant pas qu'il y ait eu une recrudescence de consultation pour un TDI.

En conclusion, l'influence des médias peut permettre de mettre en lumière un trouble méconnu, comme pour tout autre phénomène de société, comme récemment l'étendue des violences et harcèlements sexuels. Les médias ont permis de faire connaître au grand public des troubles médicaux et psychiatriques les plus divers. Des personnes concernées ont pu alors se tourner vers un spécialiste pour chercher de l'aide. Pour autant, on n'en a pas conclu que le diabète ou les troubles obsessionnels compulsifs n'était qu'une chimère. Il peut arriver que certaines personnes avec un trouble de personnalité tentent de simuler un TDI, qui est un trouble tentant, par exemple pour une personnalité histrionique qui souhaiterait attirer l'attention avec quelque chose de spectaculaire. Il nous semble néanmoins difficile d'en tirer la conclusion que le TDI est toujours le résultat d'influence des médias.

5.2. Un trouble iatrogène ?

La possibilité que certains thérapeutes suggèrent à certains de leurs patients qu'ils ont un TDI doit être prise au sérieux. Spanos [103] considère l'influence iatrogène comme majeure tandis que pour les spécialistes du TDI (p. ex. [91]), elle est mineure. En outre Gleaves [35, p. 42] soutient d'ailleurs l'idée qu'« aucun trouble n'est entièrement ou pas du tout iatrogène ». Selon Lilienfeld et al. [53], la possibilité d'un terrain psychopathologique antérieurement à l'intervention du professionnel n'est pas à exclure dans les cas d'un effet iatrogène. Le fait que la présentation clinique du TDI devienne plus explicite après le début du traitement incite les partisans du MSC à voir ce trouble comme induit par le thérapeute qui profiterait, la plupart du temps inconsciemment, des défaillances cognitives du patient, de son haut niveau d'imagination et de suggestibilité.

Concernant la suggestibilité de ces patients, les études permettent de conclure qu'il n'y a pas de corrélation ou seulement une faible corrélation entre la dissociation mesurée par le DES et la suggestibilité, indépendamment de l'outil utilisé pour l'évaluer ; la dissociation représente 1 % de la variance de la suggestibilité dans ces études, et il y a un rôle entre trauma et dissociation [18,19].

L'utilisation de l'hypnose avant le diagnostic ou pendant le traitement a été considérée comme une influence iatrogène. L'induction hypnotique de l'existence d'états de personnalité distincts a été suggérée à des sujets sains mais la durée de cette induction est brève et n'amène pas à des symptômes de longue durée [103]. Par ailleurs il ne semble y avoir aucune différence dans la présentation clinique de sujets TDI selon qu'on a utilisé ou pas l'hypnose pour le diagnostic et le traitement [80].

Loftus et Ketcham [57] rapportent des cas où l'on est raisonnablement en droit de se questionner sur le caractère iatrogène de cas de TDI. Ces auteurs relient cela à une recherche exagérée par certains thérapeutes de possibles maltraitances dans l'enfance, en particulier des violences sexuelles intrafamiliales, amenant à la création de « faux souvenirs ». Comme dans toutes les professions, certains psychothérapeutes sont moins bons que d'autres. Il serait inadéquat de le nier ou de le passer sous silence. Par ailleurs, il peut y avoir des incompréhensions diagnostiques chez certains cliniciens et une mauvaise gestion du contre-transfert, point délicat dans les thérapies de patients ayant vécu des maltraitances ou avec des patients présentant un trouble de personnalité. En l'état actuel des connaissances, il s'agit de cas isolés en lien avec des procès, principalement aux USA, où s'opposent ceux qui croient à l'apparition de souvenirs précédemment amnésiés, et ceux qui considèrent cela comme des faux souvenirs induits par le thérapeute. Cela a amené au concept de « syndrome de faux souvenirs ». Les procédures judiciaires « à l'américaine » ne favorisent sans doute pas l'observation minutieuse et scientifique de possibles cas de TDI d'origine iatrogène. Brand et al. [10] soulignent qu'aucune preuve ne suggère qu'un traitement inapproprié crée le TDI.

La présentation clinique du TDI deviendrait plus évidente après le début du traitement [49], principalement parce que de nombreux patients TDI n'ont pas conscience de leur trouble auparavant [49,81,91], ce qui est compréhensible puisque ce trouble est méconnu. Si l'on considère que le TDI est un trouble iatrogène, alors la symptomatologie devrait s'aggraver avec le traitement donné par des spécialistes du TDI. Néanmoins l'étude de Myrick et al. [68] montre qu'un traitement par phases, comme recommandé par l'International Society of Trauma and Dissociation [42], profite aux patients souffrant de troubles dissociatifs sévères, avec une amélioration du fonctionnement global ainsi que de la plupart de la psychopathologie. Ceci étant dit, des spécialistes du TDI [27,108] ont depuis longtemps mis en garde contre une possible aggravation iatrogène du TDI lorsque des interventions suggestives du thérapeute—sous l'influence d'une certaine fascination pour le trouble—favorisent la « création » d'un état de personnalité distinct supplémentaire chez un patient TDI.

5.3. Une tendance à l'affabulation ?

Selon un certain nombre d'auteurs [34,65,66] la dissociation est un phénomène psychique sans lien avec des traumatismes ou stressors. Ils considèrent que les récits de traumatismes que font les personnes TDI sont principalement des exagérations ou des affabulations dues à une tendance à l'affabulation, à l'imaginaire, à la suggestibilité ou à des distorsions cognitives [18] et la propension à l'affabulation serait corrélée au développement de pseudo-souvenirs. La position de Lynn et al. [60] n'est pas que la dissociation donne lieu à des tendances à l'affabulation, à des

distorsions cognitives et de la suggestibilité, mais au contraire qu'il y aurait un chevauchement entre ces caractéristiques et la dissociation ; pourtant les études montrent qu'il n'y aurait pas de lien entre la dissociation et la suggestibilité [18,19]. La rêverie ainsi que l'imagination sont des processus normaux que tout un chacun expérimente au quotidien. Le fait d'énormément fantasmer n'est pas pour autant un signe de psychopathologie sous-jacente, selon Merckelbach et Muris [66]. Silva et Kirsch [101] ont étudié le lien entre dissociation, tendance à l'imagination et suggestions hypnotiques. Il en ressort que la suggestibilité était prédite par la tendance à l'imaginaire mais pas par la dissociation. Comme le DES inclut de nombreux items se référant à l'absorption (la capacité à faire une action tout en étant dans un état de rêverie non pathologique), il n'est pas étonnant que l'on trouve des corrélations entre le DES et différentes mesures de la tendance à la rêverie et l'imaginaire [18]. Ces études sont donc difficilement exploitables. Par ailleurs, la tendance à l'imaginaire comme possible médiateur entre trauma et dissociation s'avère négligeable dans une étude sur des patients souffrant d'un trouble dissociatif somatoforme [109], ce qui amène les auteurs à conclure que les résultats précédents étaient sans doute un artefact dû à des groupes de sujets étudiants et non de sujets cliniques. En outre, dans une étude sur les souvenirs réprimés de violences sexuelles de l'enfance, les tenants du MSC Geraerts et al. [33, p. 1143] concluent qu'ils n'ont trouvé « aucun soutien à l'idée que les symptômes dissociatifs peuvent être entièrement dépendants de la tendance à l'imagination ».

Alors que la plupart de ces études sont réalisées sur des populations d'étudiants, Nijenhuis et Reinders [70] ont mesuré les tendances à l'imaginaire par le Creative Experiences Questionnaire (CEQ [65]) chez 42 femmes TDI diagnostiquées avec le SCID-D [105]. Les auteurs ont remarqué que certains items augmentaient le score au CEQ de manière inéquitable pour les patients TDI par des questions typiques des évaluations diagnostiques du TDI et du trouble de stress post-traumatique. Néanmoins, ce groupe de femmes TDI avait un score moyen au CEQ inférieur à celui d'acteurs amateurs, de visiteurs réguliers de conférences sur des phénomènes paranormaux, et de participants à des jeux de rôles historiques, mais aussi de patients avec un trouble de personnalité borderline. En outre, le score moyen au CEQ de ces TDI était comparable à celui d'étudiantes et d'employés d'université.

Dans leur enfance, les patients TDI ont pu faire appel à l'imaginaire pour faire face aux traumatismes répétés, comme le remarquent les psychothérapeutes spécialisés. D'ailleurs, à partir d'une méta-analyse, Dalenberg et al. [18] concluent que c'est davantage la dissociation et le traumatisme qui ont un impact certain sur la tendance à l'imagination, et non l'inverse. Il est donc difficile de conclure que les individus TDI ont une tendance à l'imaginaire problématique et il est dès lors difficile de leur attribuer cela comme explication de leur pathologie.

Enfin des études récentes en neuro-imagerie [84,85,97,98,99,111] ont comparé des sujets TDI évalués à l'aide du SCID-D avec des comédiens à qui on a expliqué le fonctionnement des patients TDI, en leur demandant d'imiter ce trouble. Les résultats ont montré que les réponses au niveau cérébral à des stimuli affectifs différaient selon les différents états de personnalité des sujets TDI, ce que ne purent pas simuler les comédiens. À l'état de repos, les différences dépendantes des états de personnalité des TDI sont différentes des états de personnalités simulés par des comédiens. Dans une étude similaire, Reinders et al. [84,85] ont pris des sujets contrôles sains ayant un score élevé au questionnaire de créativité CEQ de Merckelbach et al. [65] pour les comparer à des sujets TDI. Les deux groupes de sujets avaient des réponses cérébrales différentes à la lecture d'un texte traumatique et d'un texte neutre. Ces études ne soutiennent pas le modèle socio-cognitif du TDI.

Nous concluons par la constatation qu'il n'existe pas de preuve tangible que le TDI soit le fruit d'un imaginaire ou d'une propension à l'affabulation ou encore d'une influence des médias. Au contraire, il semble que les sujets TDI aient une propension à l'imaginaire dans la norme. Une origine iatrogène du TDI n'a pas non plus été prouvée. Il convient de préciser un problème central dans ces recherches : les tenants de l'inexistence du TDI en tant que catégorie diagnostique testent leurs hypothèses le plus souvent sur des étudiants, et en tout cas pas sur des sujets TDI, puisque selon eux ces sujets n'existent pas. En outre, ils utilisent le DES comme mesure de la dissociation, tout en affirmant que la dissociation est un phénomène universel sans origine traumatique, alors que le DES est construit sur l'hypothèse d'une origine traumatique de la dissociation sévère. Dans une logique surprenante, ils refusent l'idée d'une dissociation sévère tout en utilisant comme instrument de mesure le DES alors que les sujets TDI y ont les scores les plus élevés. Il revient aux spécialistes du TDI de prouver que leurs patients TDI ont bien un TDI. Nous n'entrerons pas ici dans un débat philosophique sur la preuve de l'existence des choses et des êtres. Néanmoins, nous attirons l'attention sur le fait que les spécialistes du TDI sont conscients qu'une minorité de patients consultent en prétendant avoir un TDI qu'ils n'ont pas [18,24]. Différents outils diagnostiques permettent d'ailleurs de différencier les TDI des simulateurs (avec le SCID-D : [18] ; avec le MMPI-2 : [11]). Il n'est pas impossible que certains psychothérapeutes soient trop suggestifs avec certains de leurs patients et qu'il en résulte un diagnostic erroné de TDI. Il nous semble que la formation des professionnels sur le TDI est la meilleure mesure pour éviter ce risque. À l'inverse, il existe aussi le risque d'une non-reconnaissance des phénomènes dissociatifs les plus sévères, ce qui est une origine iatrogène du non-diagnostic de TDI. Ce point est un souci majeur en santé mentale, dont les coûts sont importants.

6. Le TDI est-il un trouble d'origine traumatique ?

Alors que les spécialistes du TDI considèrent les traumatismes répétés de l'enfance associés à la négligence comme l'origine centrale du TDI [21,110], certains auteurs soutiennent qu'il n'y a pas de preuves solides de cela [46,53,60,61]. Les partisans du MSC critiquent en particulier la rigueur méthodologique de certaines études. Selon Giesbrecht et al. [34], aucune étude épidémiologique solide ne permet de vérifier la relation entre traumatisme et troubles dissociatifs. Il est vrai que les études existantes sont majoritairement rétrospectives et basées sur l'auto-déclaration par les sujets de leurs propres événements traumatiques, ou alors sur des études prospectives basées uniquement sur des échantillons non représentatifs [36,62]. Les lacunes les plus importantes de ces recherches seraient que les déclarations de traumas de l'enfance s'appuient sur des souvenirs datant de l'enfance, ce qui est considéré comme problématique par les tenants du MSC, en raison de la malléabilité de la mémoire qui serait vulnérable à la suggestion [57]. Nous avons vu plus haut la faiblesse de l'hypothèse de la suggestibilité des patients TDI.

Les tenants du MSC ne sont pas hermétiques à l'idée de traumatismes infantiles comme étiologie du TDI et admettent que les traumas pourraient provoquer une prédisposition à des traits psychologiques comme la tendance à l'imagination [59], ce qui augmenterait la réceptivité des sujets aux influences externes. Néanmoins, une autre équipe de chercheurs [33] admet ne pas avoir trouvé de soutien à l'idée que les symptômes dissociatifs seraient entièrement dus à la prédisposition à l'imaginaire, et Merckelbach et al. [67] s'ouvrent finalement au MPT. Lynn et al. [60] concèdent que le trauma peut avoir un effet sur la dissociation, avec des influences indirectes par des difficultés de sommeil et des troubles de la régulation émotionnelle. Il faut souligner que ces

derniers symptômes sont des symptômes typiques du trouble de stress post-traumatique.

À l'opposé, le modèle post-traumatique (MPT) postule que le TDI est une réaction post-traumatique sévère à la suite de traumatismes souvent chroniques de l'enfance [35,75,81,110]. Ce modèle postule que suite à des traumatismes, la personnalité peut se diviser en plusieurs parties (ou états de personnalité ou alters), une partie continuant à gérer le quotidien alors que d'autres parties restent fixées sur le(s) traumatisme(s) ou certains éléments de traumatisme(s). Certaines de ces parties fixées sur le traumatisme peuvent atteindre un degré élevé d'autonomie en prenant le contrôle exécutif sur le corps et le psychisme pendant une certaine durée. Dans des cas sévères et rares, la gestion du quotidien peut être réalisée par plusieurs parties. Le TDI serait ainsi la forme la plus sévère de division (dissociation) de la personnalité, avec un ou plusieurs états de personnalité distincts prenant tour à tour le contrôle de l'agentivité.

Cette hypothèse a fait l'objet de recherches en neuro-imagerie en comparant le TDI avec le trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'origine traumatique du TSPT n'est pas remise en question dans la littérature. Il est vrai que le plus souvent, ce sont des traumatismes récents qui sont imputés au TSPT et que la réalité de ces traumatismes peut donc être prouvée facilement. Une étude récente de Chalavi et al. [14] a montré que TSPT et TDI avaient des anormalités similaires (matière grise corticale plus petite au niveau du cortex frontal, temporal et insulaire) comparé à des contrôles sains. Par ailleurs, les sujets TDI avaient un dorsal stratum plus grand et un hippocampe plus petit. On connaît le lien entre traumas de l'enfance, TSPT et un volume réduit de l'hippocampe [44,47,102] ainsi que le rôle des hormones de stress dans la destruction des cellules hippocampales. Par ailleurs, l'étude de Chalavi et al. [14] a montré qu'un volume plus petit de l'hippocampe chez le TDI et le TSPT est lié à une histoire de trauma de l'enfance, apportant des preuves neuro-anatomiques aux observations cliniques et indiquant une étiologie liée à des traumatismes sévères de l'enfance pour le TDI. Par ailleurs, cette étude conclut que le TDI est étroitement lié au TSPT et que ces deux troubles sont des troubles d'origine traumatique. Le TSPT serait le trouble le moins sévère et le TDI le trouble post-traumatique le plus sévère.

En résumé, il est clair que les rapports subjectifs de patients TDI, des années voire des décennies après les événements traumatiques rapportés, peuvent être sujets à caution. Il en est de même pour toutes les études rétrospectives sur la part de traumatismes infantiles dans la psychopathologie quelle qu'elle soit. De manière étonnante, c'est sur le TDI que les critiques s'avèrent les plus virulentes. S'il faut des études prospectives pour établir de manière certaine le lien entre traumas infantiles et TDI, alors cette quête sera inaboutie de par la difficulté de réaliser de telles recherches.

Nous concluons par le constat que les études les plus récentes et les plus poussées (en neuro-imagerie) confirment que le TDI est un trouble d'origine traumatique et qu'il se situe à l'extrême d'un continuum des troubles d'origine traumatique.

7. L'amnésie dissociative existe-t-elle ?

Un critère important du TDI dans le DSM-5 [3] est la présence d'amnésies pour des activités du quotidien et/ou pour des événements passés. Comme nous l'avons vu plus haut, ces amnésies d'événements du passé, pas seulement mais souvent traumatisants, peuvent se lever à l'âge adulte, souvent mais pas seulement pendant le cours d'une thérapie. La dénomination d'amnésie dissociative se réfère à l'étiologie dissociative de l'amnésie, en ce sens que le souvenir est comme encapsulé en

mémoire par un effet d'évitement mental de long terme. Cette compartimentation correspond à une dissociation structurelle d'origine traumatique [110]. Pour certains, l'amnésie ne peut exister : il s'agirait du silence que veulent garder certaines victimes sur des faits vécus, ou il s'agirait d'oublis, voire d'oublis volontaires. Par « oubli », les contradicteurs de l'amnésie veulent dire que les personnes qui auraient une amnésie pourraient en fait se rappeler aisément de l'événement traumatisant vécu si on les y aidait. De manière étonnante, le danger de suggestion ne semble ici pas leur poser problème. L'argument central des contradicteurs au concept d'amnésie est bien résumé par Laurence [52, p. 187] qui considère que « plus les événements vécus sont importants, plus nous nous rappelons les éléments centraux de ces événements. Certains détails peuvent nous échapper, mais le cœur du souvenir est en général exact ». Dans cette logique, les événements traumatisants sont considérés comme des événements importants qui dès lors ne peuvent pas être oubliés.

Les études qui disent confirmer que l'amnésie dissociative n'existe pas sont des études sur la mémoire dans des situations soit normales soit associées à un léger stress avec tentative d'implantation d'éléments mnésiques inexacts, dont de nombreuses études sur des rappels de listes de mots [32,55,56,112]. Ces études sur la mémoire ont tendance à démontrer que la mémoire est faillible et influençable par des suggestions, ce dont personne ne doute en fait. Dans une logique qui nous échappe, ces études sont utilisées pour combattre le TDI et l'amnésie dissociative. Il est bien sûr impossible de reproduire en laboratoire un viol ou des viols multiples et de tester ainsi la mémoire de tels événements.

Les études rétrospectives de Briere et Conte [12] et de Herman et Schatzow [38] ont trouvé des taux d'amnésie pour des événements de l'enfance (jusqu'à 18 ans) dans respectivement 59 % des cas (sur 450 sujets TDI), et 28 % des femmes (sur 53) de leur échantillon. Comme il s'agit de patients ayant recouvré la mémoire d'événements traumatiques le plus souvent en thérapie, cette étude peut tomber sous l'argument que la thérapie ou le thérapeute ont pu influencer le ou la patiente. L'étude d'Elliott et Briere [26] auprès d'un échantillon non clinique arrive à un pourcentage de 20 % d'amnésie totale et de 42 % d'amnésie partielle sur la base de questionnaires papiers. Les sujets rapportent une recrudescence de symptômes post-traumatiques dans la période où les souvenirs de violences sexuelles ont émergé. Dans une étude sur 105 femmes traitées pour des abus de substances, Loftus et al. [54] ont pourtant trouvé que 19 % d'entre elles rapportaient avoir été incapables à un moment donné de leur vie de se souvenir des violences sexuelles vécues dans l'enfance avant de s'en rappeler plus tard. Dans la recherche de Wilsnack et al. [116] auprès d'une population non clinique de 711 femmes, ce chiffre est de 25 %. Dans cette étude, 1,8 % des femmes ayant eu une amnésie des violences sexuelles vécues dans l'enfance ont retrouvé ce souvenir avec l'aide d'une psychothérapeute, ce qui est un phénomène marginal par rapport aux victimes qui disent avoir eu une amnésie et avoir retrouvé le souvenir des violences plus tard. On remarque qu'à ce sujet les différentes études ont des résultats convergents, y compris l'étude menée par Loftus [54] qui soutient pourtant le MSC.

Williams [115] s'est intéressée au rappel mnésique de violences sexuelles auprès d'une population non clinique à l'aide d'entretiens structurés. Cette étude bien menée au niveau méthodologique se base sur des constats médico-légaux et policiers réalisés auprès d'enfants et adolescents qui ont vécu des violences sexuelles dix-sept ans plus tôt. Ces personnes sont contactées pour le motif d'une recherche prétexte sur la santé des femmes. Cent vingt-neuf femmes âgées de 18 à 31 ans ont accepté d'y participer, après exclusion de l'étude de quelques cas peu ou pas crédibles. Si les sujets ne se souvenaient pas de l'agression documentée, elles étaient tout de même considérées comme ayant un souvenir de cet

événement si elles mentionnaient une autre agression sexuelle par le même agresseur, avant ou après l'agression documentée. Trente-huit pour cent des femmes ne se souvenaient pas de l'agression sexuelle documentée dans leur enfance, ni d'un autre fait de violence par le même agresseur. L'idée selon laquelle ce sont les violences sexuelles survenues avant l'âge de 4 ans qui sont le plus souvent oubliées ou amnésiques est battue en brèche. Ainsi, pour les abus documentés ayant eu lieu dans la période de 0 à 3 ans, 45 % des participantes s'en souvenaient dix-sept ans plus tard (et 55 % les avaient oubliés). La part d'amnésie diminue de moitié pour les femmes qui ont été abusées après l'âge de 7 ans. Parmi les femmes ne se rappelant pas de l'agression documentée, 35 % mentionneraient d'autres abus sexuels commis par un membre de leur famille. Il est donc possible de se souvenir d'un acte de violence sexuelle mais pas d'un autre.

En raison de la faible visibilité, la stigmatisation et le tabou dans la société américaine des années 1970 à propos des violences sexuelles sur les enfants, l'idée d'inventer des faits de violences sexuelles lors de la consultation à l'hôpital n'est pas retenue par l'auteur, en réponse au MSC qui voit dans le TDI une influence possible des médias. À notre connaissance, cette étude n'a pas été reproduite alors qu'elle semble être la seule à avoir été réalisée sur une population non clinique. Comme c'est auprès d'échantillons non cliniques qu'on aura le moins d'influence possible de thérapeutes ou de traitements, cette étude ne peut cibler spécifiquement les TDI. Indépendamment de cela, il semble bien que l'amnésie à l'âge adulte de violences sexuelles vécues dans l'enfance existe. Des analyses statistiques de régression logistique montrèrent que la proximité à l'agresseur (indépendamment de l'âge lors de l'agression sexuelle) est un facteur affectant la mémoire de l'événement : plus la relation à l'agresseur est proche, plus la possibilité est grande d'oublier l'agression à l'âge adulte. L'usage de la force lors de l'agression a aussi un effet négatif sur le souvenir de l'événement. Ainsi ce sont des facteurs psychologiques qui influenceraient la mémoire, plus que l'âge.

De manière intéressante, cette étude voulant étudier l'amnésie de traumatismes sexuels de l'enfance démontre que l'on peut *a contrario* se souvenir à l'âge adulte d'événements qui se sont passés avant l'âge de 3 ans, certaines participantes à l'étude ayant par ailleurs donné des détails très personnels de leurs expériences précoces. Jusqu'alors, on pensait qu'un enfant ne pouvait se rappeler que de faits vécus après l'âge d'environ 4 ans, âge du développement de la mémoire explicite ou autobiographique narrative, qui nécessiterait un développement suffisant du langage [69]. Cette croyance est sans doute encore fortement ancrée dans le public et parmi les professionnels.

À cet égard, il ressort de plusieurs études en neuro-imagerie sur des patients présentant une amnésie dissociative [9,104] que l'amnésie dissociative impliquerait non pas un mauvais stockage mnésique ou une absence de mémorisation mais plutôt un échec de la récupération et « la désactivation chez certains patients souffrant d'amnésie dissociative d'un réseau neuronal responsable du traitement émotionnel de la mémoire autobiographique » [13, p. 205]. Cela confirme les différentes approches théoriques de la dissociation d'origine traumatique (p. ex. : [110]) selon lesquelles le sujet TDI s'est construit en tentant d'éviter la réviviscence des souvenirs traumatiques (répétés) lors des années de développement et ensuite à l'âge adulte. Peut s'en suivre une amnésie plus tard à l'âge adulte et la thérapie pourra aider le sujet à dépasser l'évitement mental pour se réapproprier ses expériences vécues. À cet égard, les contradicteurs de l'amnésie ont partiellement raison lorsqu'ils avancent que les sujets pourraient se rappeler des souvenirs oubliés si on les y aidait. Néanmoins, c'est une thérapie spécialisée non suggestive qui pourra peut-être permettre aux patients de se reconnecter aux souvenirs amnésiques, dans le cadre d'une thérapie globale des symptômes de TDI.

Enfin plusieurs études réalisées dans les années 1990 rassemblent des cas où des preuves ont permis de confirmer des violences sexuelles de l'enfance rapportées par des patientes adultes [16–18,114].

En conclusion les études sont particulièrement rares sur un sujet pourtant sensible. Il ne semble pas adéquat d'utiliser des études de laboratoire sur la mémoire en situation de stress léger ou sur le rappel d'une liste de mots pour tenter de démontrer que l'amnésie d'événements traumatiques sévères de l'enfance n'existerait pas. Il importe aussi de ne pas confondre « faux souvenirs » et erreur mnésique [22]. Par ailleurs, les recherches générales sur la mémoire ne nous semblent pas applicables à toutes les populations cliniques. Les recherches à disposition démontrent que l'amnésie dissociative est un phénomène humain fréquent chez les personnes ayant vécu des violences sexuelles de l'enfance, et que le rappel lors d'une psychothérapie de souvenirs de violences sexuelles précédemment amnésiques n'est pas fréquent mais réel. Les études en neuro-imagerie peuvent expliquer ce phénomène et confirmer ainsi les théories psychologiques sur l'amnésie dissociative.

8. Les récits horribles des patients ayant un TDI sont-ils sans fondement ?

Les sujets souffrant d'un TDI rapportent avoir vécu des événements traumatisants particulièrement graves et répétés dans l'enfance. Si certaines personnes ont gardé en permanence le souvenir de ces événements, il est très fréquent que d'autres ne se souviennent de ces événements que tardivement et souvent lors d'une psychothérapie. Est alors apparu un débat sur l'émergence de possibles « faux souvenirs » chez ces patients, certains considérant qu'oublier de tels événements est impossible de par leur gravité, et que les récits sont tellement édifiants qu'ils ne peuvent pas refléter la réalité, telles des violences sexuelles ritualisées sur des enfants, voire sur des bébés, des meurtres d'enfants, parfois dans des groupes organisés autour de rituels dits « sataniques ». Alors que les tenants du « syndrome des faux souvenirs » considèrent que ces souvenirs ont été implantés en mémoire par des suggestions de thérapeutes et l'influence de médias, il ne leur vient pas à l'esprit que l'inverse peut être vrai, à savoir que l'inexistence de tels crimes, l'innocence des auteurs présumés puissent être le fait de suggestions (internes ou externes) [94].

De tout temps les chiffres concernant les agressions sexuelles, d'autant plus sur les enfants, ont fait l'objet de batailles, de fascination et de déni. Par exemple, le manuel de psychiatrie avec lesquels les psychiatres nord-américains ont été formés dans les années 1980 présentaient une prévalence de l'inceste d'un pour un million [30]. De nos jours, nul d'adhérerait à ce chiffre qui illustrait sans doute le tabou de l'inceste et des violences sexuelles de manière générale à cette époque.

Les technologies modernes ont également conquis les pédophiles qui peuvent ainsi se mettre en réseau plus aisément. Les actes de violence et de barbarie sont ainsi photographiés et filmés, puis partagés avec d'autres pédophiles par Internet. Les preuves sont ainsi produites par les criminels eux-mêmes. La presse se fait parfois l'écho d'arrestations de groupes pédophiles. Ainsi, en août 2016, Europol coordonna une opération policière, amenant à l'arrestation de 75 suspects de toute l'Europe, membres d'un vaste réseau pédophile qui produisait et partageait du matériel vidéo présentant des crimes sexuels sur des enfants. La porte-parole de la Police Fédérale Suisse, qui avait un rôle important dans cette opération, déclara que dans cette affaire les violences sexuelles impliquent « des enfants de tous âges, y compris des bébés et des enfants de moins de 18 mois ». Elle rajouta aussi que des violences

sexuelles sur des enfants si jeunes se voient « dans toutes les enquêtes de pédo-criminalité aujourd'hui » [64].

Quelques mois plus tard, la police norvégienne annonçait l'arrestation de 51 personnes impliquées dans un « réseau pédophile considéré comme un des cas de violences sexuelles sur des enfants le plus important de l'histoire du pays » [thelocal.no, 21 novembre 2016]. La police norvégienne déclara, lors d'une conférence de presse sur cette opération dénommée *Darkroom*, la saisie de « 150 téraoctets de matériel sous la forme de photographies, vidéos et transcriptions de messages entre les membres de plusieurs réseaux pédophiles ». Ce matériel prouve « la pénétration de jeunes enfants (moins de 18 mois), des enfants attachés, des enfants ayant des rapports sexuels avec des animaux et des enfants ayant des rapports sexuels avec d'autres enfants ». Par ailleurs, certaines vidéos diffusées en direct sans enregistrement avaient pu être observées par les enquêteurs et montraient des violences et des « atrocités » réalisées par certains suspects sur leurs propres enfants. Cette conférence de presse ne fut pas reprise par la presse française mais par le très sérieux journal suisse *Tages Anzeiger*. Le travail de cette enquête fut présenté par la cheffe investigatrice H. Reikräs lors du congrès de l'ESTD–European Society for the Study of Trauma and Dissociation en 2017 [83].

La base de données d'images *International Child Sexual Exploitation* (ICSE) est gérée par Interpol et rassemble les images et films de crimes sexuels sur enfants venant de 49 pays. Cette base de données a permis l'identification de 12 000 victimes à ce jour, bien qu'aucune plainte n'ait été déposée à leur sujet. Sur le site d'Interpol, on peut lire la citation suivante de Bjorn Sellstrom, coordinateur de l'unité des Crimes Contre les Enfants à Interpol : « Malheureusement, la plupart des gens ne se rendent pas compte que lorsque nous parlons d'abus d'enfants, nous parlons aussi d'enfants très jeunes, de bébés âgés de seulement quelques mois, qui sont victimes d'agressions sexuelles extrêmes » [<https://www.interpol.int/News-and-Events/News/2018/Study-finds-boys-and-very-young-children-at-greater-risk-of-severe-online-sexual-abuse>. Uploaded 20.9.2020]. Le site internet d'Interpol rappelle que la « vaste majorité à la fois des victimes et des auteurs restent non identifiés. »

Ainsi, des actes dont l'horreur dépasse notre entendement sont bien commis par des individus isolés, en réseau ou en groupe organisé. Les violences sexuelles sur enfants sont aussi le fait de groupes organisés, tout comme pour les autres types de délits. Internet amène des preuves des crimes réalisés, quand bien même le grand public n'est pas au courant de tout. En résumé, les faits souvent horribles racontés par des patients et patientes ayant un TDI se rapportent à des faits connus de la police. Ces histoires horribles ont malheureusement un fondement réel.

9. Conclusion

Nous avons passé en revue des croyances qui émergent fréquemment à propos du TDI et qui influencent le diagnostic, le traitement, mais aussi la manière dont sont accueillies dans le système de soin des personnes particulièrement fragiles. Nous observons que ces thématiques font souvent l'objet de débats passionnés, voire parfois de dépassements du code de déontologie ou éthique. À ce sujet, Rydberg [94] décrit comment Loftus utilisa des moyens les plus discutables dans le but de prouver sa théorie sur les « faux souvenirs ».

Confrontées aux recherches scientifiques, les croyances à propos du TDI peuvent être clarifiées et résumées ainsi :

- Le TDI est un trouble différent de la schizophrénie ;
- Le TDI existe en dehors de toute influence iatrogène du thérapeute ou des médias ;

- Les patients TDI ne sont pas particulièrement sujets à la suggestibilité ni à la tendance à l'affabulation ;
- Le TDI apparaît en dehors de tout traitement hypnothérapeutique ;
- Le TDI est le plus sévère des troubles d'origine traumatique ;
- L'amnésie d'événements traumatiques de l'enfance qui ont été réprimés avant d'être retrouvés est un phénomène démontré ;
- L'étendue des violences physiques et sexuelles les plus invraisemblables sur des enfants, parfois sur des bébés, est connue des instances policières et judiciaires. Ces violences sexuelles sont aussi le fait de groupements organisés.

Une étude récente de Reinders et al. [86] a montré que le TDI peut être différencié de sujets contrôles sains à un niveau individuel sur la base de marqueurs biologiques des structures cérébrales. Cette différenciation a un degré élevé de sensibilité et de spécificité, comparable à ce qui a été trouvé dans des études similaires sur la plupart des troubles psychiatriques, y compris la psychose. Cette recherche est importante car elle ouvre la voie au diagnostic des TDI sur la base de marqueurs neurobiologiques.

Néanmoins, il reste encore beaucoup à faire pour faire connaître et reconnaître le TDI auprès des professionnels de la santé mentale. La formation professionnelle inclut encore trop rarement la thématique de la dissociation d'origine traumatique et du TDI. Il en résulte des croyances inexacts à ce sujet dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie. L'application de traitements psychologiques, médicamenteux, hospitaliers et sociaux inadéquats ou non spécifiques au TDI a un coût important qui se rajoute au coût personnel, social et familial qu'implique ce trouble sévère et handicapant.

Au niveau de la recherche, il nous semble que la différenciation diagnostique entre TDI et schizophrénie–et dans une certaine mesure avec le trouble de personnalité borderline–tant au niveau conceptuel que clinique, est une thématique de recherche centrale, en particulier dans l'espace francophone. De même, des recherches épidémiologiques restent encore à réaliser en France comme en Suisse ou en Belgique.

Au niveau de la formation des psychothérapeutes et des cliniciens, un effort doit être réalisé pour inclure le TDI, son diagnostic et son traitement, dans les programmes de formation universitaires. Par ailleurs, au vu de la difficulté et de la complexité du traitement de ces patients, un effort de recherche doit être fait pour clarifier les besoins spécifiques de ces patients dans le cadre de leur prise en charge. Nous ne pouvons nier les difficultés du traitement, liées à une fascination pour ce trouble, ou à l'inverse à une négation de son existence, aux difficultés contre-transférentielles propres au traitement des personnes gravement traumatisées, aux nombreuses difficultés inhérentes aux thérapies de ces personnes qui ont plusieurs et parfois de nombreux états de personnalité distincts. Il en résulte un effort à mener dans la formation des professionnels, tant pour les traitements ambulatoires que hospitaliers. Associer complexité clinique et rigueur scientifique nous semble être la voix à prendre pour le traitement mais aussi pour la recherche sur le TDI.

Financement

Aucune.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 3rd ed, Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

- [2] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Paris: Masson; 1996.
- [3] American Psychiatric Association (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, Paris: Elsevier-Masson; 2015.
- [4] Azam E. Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité : le cas Félicité X. Paris: J.B. Baillière et fils; 1893.
- [5] Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727–35.
- [6] Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. *Trans Zinkin J*. New York, NY: International University Press; 1911.
- [7] Bliss EL. Multiple personalities. A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1388–97.
- [8] Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *Am J Psychiatry* 1993;150:489–94.
- [9] Brand M, Eggers C, Reinhold N, Fujiwara E, Kessler J, Heiss WD, et al. Functional brain imaging in 14 patients with dissociative amnesia reveals right inferolateral prefrontal hypometabolism. *Psychiatry Res* 2009;174:32–9.
- [10] Brand BL, McNary SW, Myrick A, Classen CC, Lanius R, Loewenstein RJ, et al. A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psy Trauma Th Research Pract Pol* 2013;5:301–8.
- [11] Brand BL, Chasson GS. Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychol Trauma* 2015;7:93–101.
- [12] Briere J, Conte J. Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *J Trauma Stress* 1993;6:21–31.
- [13] Brown D. Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs. In: Kedia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillet I, Brown D, editors. *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris: Dunod; 2012.
- [14] Chalavi S, Vissia EM, Giesen ME, Nijenhuis ERS, Draijer N, Cole JH, et al. Abnormal Hippocampal Morphology in Dissociative Identity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Correlates with Childhood Trauma and Dissociative Symptoms. *Hum Brain Map* 2015;36:1692–704. <http://dx.doi.org/10.1002/hbm.22730>.
- [15] Coons PM. Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:715–21.
- [16] Coons PM. Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:461–4.
- [17] Dalenberg J. Accuracy, Timing and Circumstances of Disclosure in Therapy of Recovered and Continuous Memories of Abuse. *J Psych Law* 1996;24:229–75.
- [18] Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull* 2012;138:550–88.
- [19] Dalenberg CJ, Brand BL, Loewenstein RJ, et al. Reality versus fantasy: reply to Lynn et al.. *Psychol Bull* 2014;140:911–20.
- [20] Dell PF. A new model of dissociative identity disorder. *Psych Clin N Am* 2006;29:1–26.
- [21] Dell PF, O'Neil JA. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-5 and Beyond*. New York: Routledge; 2009.
- [22] DePrince AP, Allard CB, Oh H, Freyd JJ. What's in a Name for Memory Errors? Implications and Ethical Issues Arising From the Use of the Term « False Memory » for Errors in Memory for Details. *Eth Behav* 2004;14:201–33. http://dx.doi.org/10.1207/s15327019eb1403_1.
- [23] 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.
- [24] Draijer N, Boon S. The Imitation of Dissociative Identity Disorder: Patients at Risk, Therapists at Risk. *J Psych Law* 1999;423–58.
- [25] Ellason JW, Ross CA. Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:236–41. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199504000-00009> [PMID: 7714512].
- [26] Elliott DM, Briere J. Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *J Trauma Stress* 1995;8:629–47. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490080407>.
- [27] Fine CG. Treatment errors and iatrogenesis across therapeutic modalities in MPD and allied disorders. *Dissociation* 1989;2:77–82.
- [28] Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Évolution psychiatrique* 1961;26:257–86.
- [29] Foote B, Park J. Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10:217–22.
- [30] Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1975.
- [31] Freud S, Breuer J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF; 1956.
- [32] Freyd JJ, Gleaves DH. « Remembering » words not presented in lists: Relevance to the current recovered/false memory controversy. *J Exp Psych: Learn Mem Cogn* 1996;22:811–3.
- [33] Geraerts E, Merckelbach H, Jelicic M, Smeets E, van Heerden J. Dissociative symptoms and how they relate to fantasy proneness in women reporting repressed or recovered memories. *Pers Ind Diff* 2006;40:1143–51.
- [34] Giesbrecht T, Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H. Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychol Bull* 2008;134:617–47.
- [35] Gleaves DH. The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychol Bull* 1996;120:42–59.
- [36] Goodman GS, Ghettsi, Quas JA, Edelstein RS, Alexander KW, Redlich AD, et al. A Prospective Study of Memory for Child Sexual Abuse: New Findings Relevant to the Repressed-Memory Controversy. *Psychol Sc* 2003;14:113–8.
- [37] Greaves GB. Multiple personality: 165 years after Marv Reynolds. *J Nerv Ment Dis* 1980;168:577–96.
- [38] Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoa Psychol* 1987;4:1–14.
- [39] Ey H. Hallucinations et délires. Paris: Alcan; 1934.
- [40] Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson; 1973.
- [41] Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psy* 1964;120:1066–74.
- [42] International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *J Trauma Diss* 2011;12:188–212.
- [43] Janet P. *Les Névroses*. Paris: L'Harmattan; 1909 [réédition: 2008].
- [44] Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dorfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosc biobehav Rev* 2006;30:1004–31.
- [45] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schiz Bull* 1987;13:261–76.
- [46] Kihlstrom JF. Dissociative Disorders. *Ann Rev Clin Psy* 2005;1:227–53.
- [47] Kitayama N, Vaccarino V, Kutner M, Weiss P, Bremner JD. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Affect Dis* 2005;88:79–86.
- [48] Kluft RP. First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144:293–8.
- [49] Kluft RP. Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. *Psych Cl N Am* 1991;14:605–29.
- [50] Laddis A, Dell PF. Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *J Trauma Diss* 2012;13:397–413.
- [51] Laddis A, Dell PF. All that dissociation instrument measure is not dissociation: “all that glitters is not gold”. *J Trauma Diss* 2012;13:418–20.
- [52] Laurence JR. Lorsque science et croyance s'affrontent: dissociation, amnésie dissociative et faux souvenir. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006.
- [53] Lilienfeld SO, Kirsch I, Sarbin TR, et al. Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: recalling the lessons of the past. *Psychol Bull* 1999;125:507–23.
- [54] Loftus EF, Polonsky S, Fullilove MT. Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing. *Psych Wom Quart* 1994;18:67–84.
- [55] Loftus EF. Planting misinformation in the human mind: A 30-year investigation of the malleability of memory. *Learn Mem* 2005;12:361–6.
- [56] Loftus EF, Davis D. Recovered Memories. *Ann Rev Clin Psych* 2006;2:469–98.
- [57] Loftus EF, Ketcham K. *Le syndrome des faux souvenirs*. Paris: Éditions Exergue; 2012.
- [58] Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, Berry K, Bucci S, Varese F. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schiz Bull* 2020;46:1104–13. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbaa037>.
- [59] Lynn SJ, Rhue JW, Green JP. Multiple personality and fantasy proneness: Is there an association or dissociation? *Br J Exp Clin Hypn* 1988;5:138–42.
- [60] Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H, Giesbrecht T, van der Kloet D. Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom. *Curr Dir Psychol Sci* 2012;21:48–53.
- [61] Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H, et al. The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. *Comment on Dalenberg et al.* (2012). *Psychol Bull* 2014;140:896–910.
- [62] Macfie J, Cicchetti D, Toth S. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev Psychopath* 2001;13:233–54.
- [63] Maleval JC. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot; 1981.
- [64] Maret C. Interview lors du téléjournal du 24 août 2016. Available from URL: <https://www.rts.ch/info/monde/7962342-demantelement-d-un-vaste-reseau-de-pedopornographie-en-europe.html>.
- [65] Merckelbach H, Horselenberg R, Murris P. The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): a brief self-report measure of fantasy proneness. *Person Ind Diff* 2001;31:987–95.
- [66] Merckelbach H, Murris P. The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behav Res Ther* 2001;39:245–54.
- [67] Merckelbach H, Horselenberg R, Schmidt H. Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Person Ind Diff* 2002;32:695–705.
- [68] Myrick AC, Webermann AR, Loewenstein RJ, Lanius R, Putnam FW, Brand BL. Six-year follow-up of the treatment of patients with dissociative disorders study. *Eur J Psychotraumatol* 2017;8:1344080. <http://dx.doi.org/10.1080/2008198.2017.1344080> [PMID: 28680542 ; PMCID: PMC5492082].
- [69] Nelson L. The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychol Sc* 1993;4:7–14.
- [70] Nijenhuis ERS, Reinders AATS. Fantasy Proneness in dissociative identity disorder. *PLoS ONE* 2012;7:239–79 [Supporting information S1].
- [71] Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des troubles mentaux-CIM-10*. Paris: Masson; 1994.
- [72] Organisation Mondiale de la santé. ICD-11 [CIM-11] International Classification of Diseases, 11th version; 2019 [Available from URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f585833559>].
- [73] Paris J. The rise and fall of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:1076–9.
- [74] Petrie D. *Sybil*. Film réalisé aux USA; 1986.

- [75] Phillips M, Frederick C. Psychothérapie des états dissociatifs: Guérir le moi divisé. Bruxelles: SATAS; 2001.
- [76] Piedfort-Marin O. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Ann Méd Psychol* 2019;177:788–95.
- [77] Pitres A, Régis E. Les obsessions et les impulsions. Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale normale et pathologique. Paris: Octave Doin; 1902.
- [78] Pope HG, Barry S, Bodkin A, Hudson JI. Tracking scientific interest in the dissociative disorders: A study of scientific publication output 1984–2003. *Psychoth Psychosom* 2006;75:19–24.
- [79] Prince M. La dissociation d'une personnalité. Paris: Félix Alcan; 1911 [1^{re} édition 1905].
- [80] Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 1986;47:285–93.
- [81] Putnam F. Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: The Guilford Press; 1989.
- [82] Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:673–9.
- [83] Reikrås H. Operation Dark Room, Western Police District, Norway. Presentation at the annual Conference of the European Society for Trauma and Dissociation–ESTD. Bern, Switzerland; 2017.
- [84] Reinders AATS, Willemsen ATM, Vos HPJ, den Boer JA, Nijenhuis ERS. Fact or factitious?. A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One* 2012;7:e39279.
- [85] Reinders AATS, Willemsen ATM, Vissia EM, Vos HPJ, den Boer JA, Nijenhuis ERS. The Psychobiology of Authentic and Simulated Dissociative Personality States: The Full Monty. *J Nerv Ment Dis* 2016;204:445–57.
- [86] Reinders AATS, Marquand AF, Schlumpf YR, Chalavi S, Vissia EM, Nijenhuis ERS, et al. Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: Pattern recognition study of brain biomarkers. *Br J Psych* 2019;215:536–44.
- [87] Renard SB, Huntjens RJC, Lysaker PH, Moskowitz A, Aleman A, Pijnenborg GHM. Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology: A Systematic Review. *Schiz Bull* 2017;43:108–21.
- [88] Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson G. Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:487–91.
- [89] Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1990;31:111–8.
- [90] Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psych* 1990;147:596–601.
- [91] Ross CA. Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. 2nd ed., John Wiley & Sons Inc; 1997.
- [92] Ross C, Keyes B. Dissociation and Schizophrenia. *J Trauma Diss* 2004;5:69–83.
- [93] Ross CA. Dissociative schizophrenia. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy M, editors. *Dissociation and psychosis: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, UK: Wiley; 2008. p. 281–94.
- [94] Rydberg JA. Research and clinical issues in trauma and dissociation: ethical and logical fallacies, myths, misreports, and misrepresentations. *Eur J Trauma Diss* 2017;1:89–99.
- [95] Saillot I. Grand angle: le concept de dissociation de Janet à aujourd'hui, dérive et écueil. *Eur J Trauma Diss* 2017;1:211–6.
- [96] Sar V, Yargıç LI, Tutkun H. Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J Psychiatry* 1996;153:1329–33.
- [97] Schlumpf YR, Nijenhuis ERS, Chalavi S, et al. Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: an fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage Clin* 2013;3:54–64.
- [98] Schlumpf YR, Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Luechinger R, van Osch MJP, Jäncke L. Dissociative Part-Dependent Resting-State Activity in Dissociative Identity Disorder: A Controlled fMRI Perfusion Study. *PLoS ONE* 2014;9:e98795. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0098795>.
- [99] Schneider K. *Clinical Psychopathology*. 3rd ed. New York, NY: Grune & Stratton; 1959 [Trans. Hamilton MW, Anderson EW].
- [100] Schreiber FR. *Sybil*. Paris: Albin Michel; 1973.
- [101] Silva CE, Kirsch I. Interpretive sets, expectancy, fantasy proneness, and dissociation as predictors of hypnotic response. *J Pers Soc Psych* 1992;63:847–56.
- [102] Smith ME. Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippoc* 2005;15:798–807.
- [103] Spanos NP. Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychol Bull* 1994;116:143–65.
- [104] Staniloiu A, Markevitch HJ, Brand M. Psychogenic amnesia—A malady of the constricted self. *Consc Cogn* 2010;19:778–801.
- [105] Steinberg M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- [106] Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, Rakfeldt J, Rounsaville B. Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:495–502.
- [107] Tikka SK, Yadav S, Nizamie SH, Das B. Schneiderian first rank symptoms and gamma oscillatory activity in neuroleptic naïve first episode schizophrenia: a 192 channel EEG study. *Psychiatry Invest* 2014;11:467–75.
- [108] Torem MS. Iatrogenic factors in the perpetuation of splitting and multiplicity. *Diss* 1989;2:92–8.
- [109] Van der Boom KJ, Van den Hout MA, Huntjens RJC. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Pers Ind Diff* 2010;48:447–51.
- [110] 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.
- [111] Vissia EM, Giesen ME, Chalavi S, Nijenhuis ERS, Draijer N, Brand BL, et al. Is it Trauma - or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. *Ac Psych Scand* 2016;134:111–28.
- [112] Wade KA, Garry M, Don Read J, Lindsay DS. A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. *Psycho Bull Rev* 2002;9:597–603.
- [113] Welburn KR, Fraser GA, Jordan SA, Cameron C, Webb LM, Raine D. Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *J Trauma Dissociation* 2003;4:109–30.
- [114] Widom CS, Morris S. Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychol Assessm* 1997;9:34–46.
- [115] Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1167–76.
- [116] Wilsnack SC, Wonderlich SA, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Wilsnack RW. Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child Ab Negl* 2002;26:139–47.
- [117] Yargıç LI, Sar V, Tutkun H, Alyanak B. Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Compr Psychiatry* 1998;39:345–51.
- [118] Yu J, Ross CA, Keyes BB, et al. Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *J Trauma Dissociation* 2010;11:358–72.