

FORMATION CONTINUE

Approche thérapeutique des troubles dissociatifs**Dissociative disorders: therapeutical approaches**C. Damsa ^{a,*}, R. Pirrotta ^a, C. Lazignac ^a, H. Hyams ^b, F. Ducrocq ^c^a Département de psychiatrie, Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques, hôpitaux universitaires de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse^b Psychothérapeute privé, 18, bis David-Munier, 1223 Genève, Suisse^c Centre d'Accueil et de Crise, clinique Fontan, CHRU de Lille, 59037 Lille, France**Résumé**

Au-delà de la singularité inhérente à la rencontre psychothérapeutique, l'approche thérapeutique varie en fonction du type clinique de la dissociation, et surtout en fonction des comorbidités psychiatriques. Les techniques psychothérapeutiques les plus utilisées sont d'inspiration psychodynamique (associations libres, ou à partir des expériences dissociatives), l'hypnose (travail sur des états de conscience modifiés), et plus récemment des techniques cognitivo-comportementales. Des approches psychothérapeutiques de groupe ont également été décrites. Plusieurs tentatives de dégager une spécificité pour les psychothérapies des patients souffrant d'un trouble dissociatif ont mis l'accent sur : la nécessité d'informer les patients sur la nature et l'étendue du traitement ; l'identification des différents « états » de personnalité et de leurs fonctions ; l'exploration, l'assimilation et l'intégration des réminiscences traumatiques ; le renoncement à la dissociation, en tant que seule « stratégie de survie » ; l'intégration progressive des différents états de personnalité dissociés dans une personnalité unique, stable. Actuellement, il n'existe pas de consensus concernant le traitement des troubles dissociatifs. Des ébauches de *guidelines* sont actuellement en cours d'élaboration, notamment à l'initiative de l'ISSD (International Society for the Study of Dissociation) et de l'APA (American Psychiatric Association). Après avoir confirmé le diagnostic (en excluant notamment des troubles psychotiques), le traitement psychothérapeutique proposé est associé fréquemment à une pharmacothérapie en fonction des comorbidités existantes (troubles anxieux, dépressifs, etc.). L'approche psychopharmacologique est en rapport avant tout avec les éventuelles comorbidités, alors que plusieurs études pharmacologiques ont questionné l'intérêt de certaines molécules, sans qu'une spécificité ait pu être démontrée pour les troubles dissociatifs. L'intérêt d'un diagnostic précoce optimise la prise en charge des patients et diminue le risque de développement des comorbidités.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

Beyond the individuality inherent in psychotherapeutic counseling, the therapeutical approach varies depending on the clinical type of dissociation and above all on the psychiatric comorbidities. The most commonly used psychotherapeutic techniques are psychoanalytical (free associations, or from dissociative experiences), hypnosis (work on modified states of consciousness) and more recently cognitive-behavioral techniques. Group psychotherapy has also been used. Several points were made in the attempt to formulate a specific psychotherapy for patients suffering from dissociative disorders: the necessity of informing the patient on the nature and the extent of the treatment; identification of the different "states" of personality and their functions; exploration, assimilation and integration of traumatic reminiscences; renunciation of dissociation as the sole "strategy of survival"; progressive integration of the different dissociated states of personality into one stable personality. There is no consensus on the treatment of dissociative disorders. Sketches of guidelines are presently being elaborated, notably on the impulse of the ISSD (International Society for the Study of Dissociation) and the APA (American Psychiatric Association). After

* Auteur correspondant. 25, rue Goetz-Monin, 1205 Genève, Suisse.
Adresse e-mail : c.damsa@bluewin.ch (C. Damsa).

the confirmation of the diagnosis (excluding in particular psychotic disorders), the proposed psychotherapeutic treatment is frequently associated with pharmacotherapy essentially suited to the existing comorbidities (anxiety and depressive disorders, etc.), since several pharmacological studies have not demonstrated the specificity of certain molecules for the dissociative disorders. A precocious diagnose allows the optimization of the management of the patients while cutting down the risk for developing comorbidities.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : APA ; Guides cliniques ; ISSD ; Traitement ; Troubles dissociatifs

Keywords: APA; Clinical guidelines; Dissociative disorders; ISSD; Treatment

I. INTRODUCTION

Les controverses nosologiques autour des troubles et des phénomènes dissociatifs trouvent leur corollaire dans l'absence de consensus en ce qui concerne le traitement et la prise en charge urgente de ces patients. Malgré plusieurs efforts pour dégager des guides cliniques thérapeutiques, notamment grâce à l'International Society for the Study of Dissociation (ISSD) et à l'American Psychiatric Association (APA), la question de la prise en charge reste ouverte, avec un large éventail de méthodes possibles. Le but de cette mise au point est de dégager les points communs, ainsi que les spécificités des traitements les plus utilisés actuellement. Une description synthétique des traitements qui ont prouvé une efficacité pour les patients souffrant de troubles dissociatifs ne pourra en aucun cas remplacer ou limiter le jugement du clinicien, qui semble de loin la valeur la plus résistante au temps, si l'on considère l'évolution historique des approches thérapeutiques.

2. HISTOIRE DES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

2.1. Pierre Janet : la place de l'hypnose

L'utilisation de l'hypnose à but diagnostique et thérapeutique pour les patients souffrant de symptômes dissociatifs remonte à l'histoire moderne du concept de dissociation développé par Pierre Janet. Sous l'influence des travaux de Charcot, dans les années 1880, Pierre Janet, professeur de philosophie au lycée du Havre, choisit de faire un doctorat en philosophie en abordant la question de la pathologie psychologique. Grâce à la collaboration de deux médecins (Dr Gilbert et Dr Powilewicz), Janet obtient l'accès à des patients « hystériques » et développe les techniques d'hypnose de Charcot en les appliquant à plus d'une centaine de patients. Il utilise l'hypnose en tant que technique d'investigation, qui lui permet d'accéder à des traumatismes anciens qui seraient liés aux symptômes actuels, alors que les patients n'ont pas d'accès conscient à ces événements traumatiques ; ainsi, les mémoires traumatiques apparaissent « dissociées » du champ de la conscience des patients. Après son séjour parisien à la clinique de la Salpêtrière, Janet développe progressivement le concept de dissociation men-

tale, terme qui reste un repère non seulement pour la nosologie moderne des troubles dissociatifs, mais aussi pour la compréhension des manifestations cliniques des patients. Les premières observations, formulations théoriques et propositions thérapeutiques de Janet, ont été présentées dans deux ouvrages : *L'État mental des hystériques* en 1892 et *L'Automatisme psychologique* en 1889 [8]. L'hypnose et les symptômes dissociatifs se confondent comme s'ils constituaient les deux faces d'une même pièce, dans la mesure où l'hypnose peut à la fois rendre conscient le matériel traumatique sorti du champ conscient suite au processus dissociatif, mais elle peut aussi induire certains symptômes d'allure dissociative (amnésies, états de transe, paresthésies, anesthésies et paralysies localisées, même hallucinations). Un argument supplémentaire témoignant des liens étroits existant entre l'hypnose et les troubles dissociatifs est amené par le haut degré d'hypnotisabilité des patients souffrant de troubles dissociatifs, voire même d'une grande facilité à induire une autohypnose.

2.2. Sigmund Freud : entre dissociation et conversion, de l'hypnose à la psychanalyse

Freud, contrairement à Janet qui considérait la dissociation comme étant le fondement de tous les symptômes hystériques, identifiait, parmi les symptômes hystériques, ceux en rapport avec une dissociation (sommambulisme, fugue, personnalité multiple), par rapport à ceux dus à une conversion (paralysies hystériques, anesthésies, etc.). Cette distinction aurait été le point de départ de plusieurs développements théoriques et cliniques avec des implications, même au niveau du DSM-IV, qui différencie les troubles dissociatifs des troubles somatoformes [8]. Héritant de l'enseignement de J.-M. Charcot à Paris, puis de Bernheim à Nancy, Freud utilise d'abord l'hypnose pour le traitement de l'hystérie, technique qu'il abandonnera progressivement au bénéfice de la nouvelle théorie psychanalytique, avec la technique des associations libres.

2.3. L'époque contemporaine : l'évolution d'un modèle de traitement

Selon Chu et al. [3], responsables du premier éditorial du *Journal of Trauma and Dissociation*, il convient de distinguer

133 trois « générations » dans l'évolution des modèles de traite-
134 ment des troubles dissociatifs.

135 2.3.1. Le début des années 1980 : l'abréaction

136 Au début des années 1980, un nombre croissant de
137 cliniciens commence à prendre conscience de la proportion
138 significative de leurs patients ayant souffert de traumatismes
139 infantiles et qui présentent des troubles dissociatifs et des
140 états de stress post-traumatiques résistant aux traitements
141 habituels. Une première ébauche de modèle de traitement
142 standardisée est alors développée par Ralph Allison, Richard
143 Kluft et Bennett Braun, lors des réunions de l'APA. Prenant
144 en compte le rôle favorisant dans la pathogenèse des trou-
145 bles des traumatismes infantiles, le traitement met l'accent
146 sur l'importance de l'abréaction (ou la catharsis) des expé-
147 riences traumatisantes.

148 En 1983, se tient à Chicago le premier congrès annuel de
149 l'International Society for the Study of Multiple Personality
150 and Dissociation (ISSMP&D), renommée plus récemment
151 International Society for the Study of Dissociation (ISSD).
152 L'occasion de partager et d'échanger, autour des expérien-
153 ces cliniques de dissociation, catalyse alors le développe-
154 ment de nouvelles approches thérapeutiques. Les cliniciens
155 commencent à développer des approches éclectiques à par-
156 tir des thérapies classiquement utilisées (psychodynamiques,
157 cognitivocomportementales et l'hypnose), et osent même
158 innover de nouvelles formes de thérapies. Certaines ont
159 largement montré leur utilité, alors que d'autres n'ont eu
160 qu'un succès très limité (comme les entretiens sous amygdale).

161 2.3.2. Des années 1980 au début des années 1990 : 162 la stabilisation avant l'abréaction

163 À la suite de graves traumatismes durant l'enfance, cer-
164 tains patients développent non seulement des états de stress
165 post-traumatiques et des troubles dissociatifs, mais présen-
166 tent aussi des déficits majeurs dans le domaine de l'appren-
167 tissage, de leurs capacités interrelationnelles, de la tolérance
168 affective, du contrôle de leurs pulsions et des difficultés pour
169 maintenir une image positive de soi. De nombreux cliniciens
170 constataient qu'après avoir bénéficié d'un traitement utili-
171 sant l'abréaction, une fois les barrières du trauma tombées,
172 certains patients pouvaient rester engloutis dans leurs mé-
173 moires traumatiques, avec une nette péjoration symptoma-
174 tique. Cette observation a conduit au développement d'un
175 nouveau modèle de traitement en deux phases : thérapie de
176 soutien du moi pour stabiliser les symptômes et maintenir la
177 sécurité du patient, avant d'arriver à l'abréaction du trauma.

178 2.3.3. Moitié des années 1990 au début des années 179 2000 : conflit et maturation du concept

180 La création en 1992 de la False Memory Syndrome Foun-
181 dation, FMSF, (University of Pennsylvania, Philadelphia et
182 Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore) a catalysé
183 l'évolution vers un nouveau modèle de traitement qui favo-
184 rise des évaluations cliniques plus sophistiquées, avec une
185 attention particulière pour des diagnostics différentiels fia-
186 bles et pour un traitement standardisé dans la mesure du

possible. Le conflit théorique et ensuite judiciaire est venu
après une prise de conscience du risque d'utilisation de
méthodes suggestives non contrôlées pouvant favoriser,
voire provoquer l'apparition de faux souvenirs chez certains
patients présentant une vulnérabilité particulière.

Le nouveau modèle théorique proposé cible l'intérêt de
permettre aux patients d'établir des liens et ensuite une
cohérence entre leur histoire traumatique et leur histoire
personnelle, plutôt que se contenter d'une simple mise à nu
des traumatismes.

2.4. Développements actuels : l'ISSD et le Journal of Trauma and Dissociation

Le *Journal of Trauma and Dissociation* a été initié dans les
années 2000 comme étant le journal officiel de l'ISSD, dans le
but d'offrir un forum aussi bien pour les différentes appro-
ches cliniques qui peuvent être présentées et débattues que
pour des nouvelles données de recherche. Le premier but
du *Journal of Trauma and Dissociation* reste d'offrir une
information utile aux cliniciens, en complément de l'excel-
lent site Internet tenu régulièrement à jour par l'ISSD
(<http://www.issd.org>).

Malgré plusieurs études récentes sur la thérapie des
troubles dissociatifs, il existe actuellement une quasi-
impossibilité de proposer un traitement standardisé pour
l'ensemble du spectre des troubles dissociatifs. Dans ce
contexte, Van der Hart et al. [14] considèrent la plupart des
revues de la littérature concernant la dissociation comme
étant souvent soit trop inclusives (en considérant des alté-
rations de la conscience comme des phénomènes dissocia-
tifs), soit trop exclusives (limitation aux troubles dissociatifs
psychogènes). Les troubles dissociatifs pourraient être
considérés comme une division structurelle au niveau de la
personnalité, en prenant en compte le niveau de l'état de
conscience et les symptômes positifs et négatifs de dissocia-
tion. Les symptômes dissociatifs seraient maintenus par des
déficits d'intégration et par un évitement phobique. Cette
conceptualisation présente des avantages pour le diagnostic,
la classification, le traitement et la recherche des troubles
liés à des traumatismes [14].

3. VERS UNE APPROCHE THÉRAPEUTIQUE STANDARDISÉE

Au-delà de la singularité inhérente à la rencontre psycho-
thérapeutique, l'approche thérapeutique varie en fonction
du type clinique de la dissociation et surtout en fonction des
comorbidités psychiatriques [1].

Le traitement des patients souffrant de troubles dissocia-
tifs commence avec des précisions concernant le diagnostic
et l'intensité des symptômes [8]. Après avoir recueilli une
anamnèse exhaustive quant aux épisodes d'amnésie, de fu-
gue, de dépersonnalisation, de déréalisation, de troubles de
l'identité, d'éventuelles expériences autohypnotiques, de ré-
gression dans l'enfance et d'hallucinations auditives, on pour-

rait idéalement utiliser des instruments cliniques standardisés comme le SCID-D-R pour DSM-IV et la DIS pour confirmer le diagnostic [12].

Nous avons essayé de regrouper sous la forme d'un arbre décisionnel les guides cliniques en rapport avec le traitement des troubles dissociatifs (Fig. 1). Les précisions diagnostiques seront complétées par une recherche exhaustive des comorbidités et d'une évaluation du risque suicidaire, avant d'entreprendre le traitement. Les comorbidités sont très fréquentes et constituent souvent la partie la plus dérangeante des symptômes, au point qu'elles constituent souvent le motif de la consultation : les troubles de l'humeur et anxieux, les dépendances, les troubles alimentaires, les troubles sexuels et les troubles de personnalité (surtout borderline). Si une désorientation spatio-temporelle est présente, il convient d'envisager un diagnostic différentiel somatique, comprenant un examen clinique attentif et, au minimum, une glycémie capillaire ; en cas d'absence d'étiologie somatique, la prise en charge est assurée par les urgences psychiatriques qui, idéalement, cohabitent avec les urgences somatiques. Une collaboration étroite avec les médecins somaticiens est également conseillée en cas de présence de séquelles physi-

ques de violences, d'une expression somatique prédominante, ou de la présence de symptômes de type hypochondriaque.

La présence de symptômes dissociatifs aigus nécessite souvent une intervention psychiatrique urgente, afin de diminuer les risques de passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs. Dans le contexte des urgences, il s'agit avant tout de « réveiller » les patients qui se trouvent parfois même en état de « transe », et de diminuer les symptômes dissociatifs aigus en favorisant une réafférentation spatiotemporelle. Assurer la sécurité immédiate du patient, tout en travaillant le début d'une alliance thérapeutique, tel est le but des approches thérapeutiques de soutien actif qui sont proposées. Idéalement, les services d'urgences psychiatriques devraient disposer de lits d'hospitalisation provisoire (24 heures), particulièrement utiles pour ces patients, qui ne nécessitent pas d'admission systématique à l'hôpital psychiatrique. Après la disparition des symptômes aigus, on peut déjà commencer, à partir des urgences, un travail psychothérapeutique ciblé sur les barrières au traitement des patients, afin d'améliorer leur compliance pour entamer une psychothérapie ambulatoire, qui reste le traitement de choix des

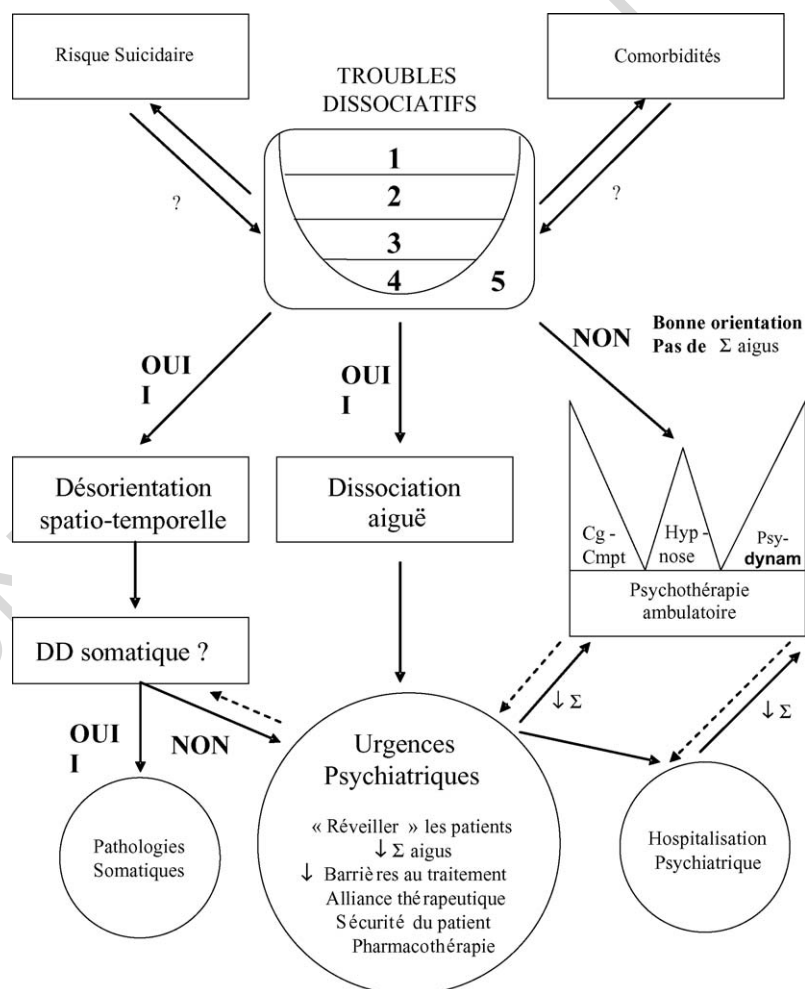


Fig. 1. Arbre décisionnel thérapeutique pour les troubles dissociatifs.

Troubles dissociatifs : 1. Amnésie ; 2. Fugue ; 3. Dépersonnalisation ; 4. Trouble de l'identité dissociative, ou Personnalité multiple ; 5. Troubles dissociatifs non spécifiés.

283 troubles dissociatifs. L'hospitalisation psychiatrique devrait
284 être envisagée en cas d'absence d'alliance thérapeutique, et
285 cela d'autant plus si certaines comorbidités sont présentes
286 (troubles dépressifs avec des symptômes psychotiques et/ou
287 des idées suicidaires, anorexie grave). Un projet d'hospitali-
288 sation peut s'envisager également au cours d'une thérapie
289 ambulatoire, lorsque l'on prévoit le travail sur des expérien-
290 ces particulièrement traumatisantes [8].

291 L'approche psychopharmacologique est en rapport avant
292 tout avec les comorbidités (troubles anxiodépressifs, utilis-
293 ation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs), alors que plu-
294 sieurs études pharmacologiques ont questionné l'intérêt de
295 certaines molécules (clonidine, naltrexone), sans qu'une
296 spécificité ait pu être démontrée pour les troubles dissocia-
297 tifs [2,9].

298 4. APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

299 Malgré des efforts récents de l'APA et surtout de l'ISSD,
300 plusieurs tentatives pour dégager des points communs entre
301 les différentes méthodes psychothérapeutiques utilisées
302 (psychodynamiques, hypnose, cognitivocomportementales,
303 approches éclectiques) n'ont pas encore abouti à des guides
304 cliniques standardisés. Il existe un consensus au niveau de la
305 littérature en ce qui concerne l'importance de confirmer le
306 diagnostic par des outils standardisés et validés, ainsi que
307 d'envisager un diagnostic différentiel exhaustif [1,8].

308 4.1. Types de psychothérapies

309 Les psychothérapies psychodynamiques et l'hypnose sont
310 citées comme étant les approches thérapeutiques les plus
311 utilisées, alors que souvent il s'agit d'approches éclectiques
312 avec un point de départ psychodynamique [10]. Les appro-
313 ches psychodynamiques visent l'intégration de différentes
314 personnalités, suite à un changement structural de person-
315 nalité [5], alors que le but de l'hypnose est souvent de
316 calmer, contenir et renforcer le moi du patient, pour ensuite
317 lui permettre d'affronter et de métaboliser ses mémoires
318 traumatiques [1]. La prise en compte des mécanismes de
319 défense projectifs et dissociatifs des patients permet d'éviter
320 d'accepter la place transférentielle de « persécuteur, victime,
321 ou sauveur », à laquelle le thérapeute risque d'être mis [7].

322 Les thérapies d'inspiration davantage cognitive que com-
323 portementale sont actuellement en plein essor, et visent
324 l'exploration et ensuite la modification du système de
325 croyances fondées sur des expériences traumatiques. L'ana-
326 lyse comportementale et le conditionnement opérant ne
327 sont pas considérés comme un traitement optimal pour les
328 troubles dissociatifs. Le conditionnement négatif semble par-
329 ticulièrement contre-indiqué, étant donné qu'il risque de
330 rappeler les expériences traumatiques. Des techniques de
331 modification comportementale peuvent toutefois être uti-
332 les, s'il s'agit d'apprentissages de type autocontrôle. Les
333 protocoles thérapeutiques standardisés cognitifs pour les
334 troubles anxieux et dépressifs nécessitent encore des modi-

fications et des validations cliniques pour être appliqués
pour le traitement des troubles dissociatifs [4,8].

Des thérapies familiales peuvent également être envisa-
gées dans certains cas, surtout dans le souci de prévenir la
maltraitance des enfants et des conjoints par les patients
souffrant de troubles dissociatifs.

Loin d'être considérée comme un premier choix, la thé-
rapie de groupe peut trouver une certaine utilité en tant
qu'adjuvant de la thérapie individuelle, du moment qu'elle
est limitée dans le temps et que son but est clairement défini.
D'autres moyens thérapeutiques secondaires sont égale-
ment évoqués par le ISSD, comme la psychoéducation (hy-
giène de vie, tenue d'un journal, expression artistique et
sportive, bibliothérapie), alors que la même source biblio-
graphique (<http://www.issd.org>) tient à préciser, par souci
d'exhaustivité, qu'aucune donnée scientifique ne suggère
l'intérêt de l'électroconvulsothérapie, de la psychochirurgie
et des techniques d'exorcisme dans le traitement des trou-
bles dissociatifs.

4.2. Négocier le cadre thérapeutique

La nécessité d'informer les patients sur la nature et
l'étendue du traitement, sur la fréquence (habituellement
deux fois par semaine au minimum) et la durée des séances,
sur les modalités de paiement, la disponibilité du thérapeute
entre les séances, semble essentielle indépendamment des
références théoriques du thérapeute. Plusieurs auteurs in-
sistent également sur la nécessité de préciser la confidenti-
alité et ses limites (suicide, violences familiales graves, etc.),
la procédure à suivre si une hospitalisation s'avère néces-
saire, de préciser les buts de la thérapie, et même d'évoquer
les implications légales éventuelles de la thérapie, surtout
pour la question de l'hypnose et du risque d'apparition de
faux souvenirs. La durée moyenne du traitement est de trois
à cinq ans (minimum deux ans), mais elle peut se prolonger
au-delà de six ans, surtout s'il s'agit d'un problème de
trouble dissociatif de l'identité, si des comorbidités sont
présentes, et si des hospitalisations s'avèrent nécessaires [8].

4.3. Buts des psychothérapies

D'une façon générale, le traitement psychothérapeutique
vise, dans une première phase, la stabilisation symptomati-
que et le contrôle des troubles du comportement. Dans un
second temps, la thérapie cible la résolution des conflits
intrapyschiques et interpersonnels, en invitant les patients
à s'approprier leur histoire traumatique. Ce processus com-
mence avec le rappel des événements traumatisants, se
poursuit avec leur symbolisation tout au long de la thérapie,
et s'achève par leur inscription dans l'histoire de vie des
sujets.

L'identification des différents « états » de personnalité et
de leur fonction éventuelle constitue une étape importante
du traitement, particulièrement pour les patients souffrant
d'une personnalité multiple. L'exploration, l'assimilation et
l'intégration des réminiscences traumatiques peuvent pro-

gressivement favoriser le renoncement à la dissociation, en tant qu'unique « stratégie de survie », et permettre aux patients de s'ouvrir à d'autres modalités plus adaptées à réagir devant un stress.

5. APPROCHES THÉRAPEUTIQUES EN FONCTION DU TYPE DE TROUBLE DISSOCIATIF

Nous avons choisi de présenter les différentes interventions thérapeutiques en tenant compte du schéma nosologique établi dans le DSM-III et repris par le DSM-IV, qui réunit sous le terme de troubles dissociatifs des perturbations mnésiques, de l'identité et de l'état de conscience (Tableau 1). Des variations phénoménologiques de l'état de conscience du patient, de l'étendue, et de la nature de l'intrusion des éléments dissociatifs dans l'état de conscience distinguent les différents troubles dissociatifs [8].

Le traitement du trouble dissociatif de l'identité (ou personnalité multiple) occupe une place importante dans la littérature des troubles dissociatifs, probablement en rapport avec la longue durée du traitement (plusieurs séances par semaine, durant cinq années en moyenne). Après la confirmation du diagnostic à l'aide d'échelles validées [11], le travail psychothérapeutique devrait cibler dans un premier temps les difficultés de la vie quotidienne plutôt que les mémoires traumatiques, cela afin de mieux travailler l'évitement phobique et les conflits récurrents existant entre les différentes parties de personnalité. C'est seulement après la réussite de cette première phase que l'on pourra envisager le traitement des réminiscences traumatiques, travail qui sera achevé lorsqu'il n'y aura plus qu'une seule personnalité unifiée, cohérente [6,14]. Le recours à l'hypnose est fré-

quent, le but étant de retrouver les vécus traumatiques et d'induire une expression cathartique des émotions associées aux événements traumatiques. Le thérapeute essaye de faciliter la communication entre les différents éléments de personnalités en enlevant les barrières amnésiques existant entre elles. Apprendre au patient à accepter la confrontation avec ses expériences traumatiques, c'est avant tout l'inviter à se les approprier progressivement, en leur donnant un sens, et en les intégrant à son histoire personnelle. Progressivement, les éléments disparates et variés de personnalité se retrouvent au sein d'un même Moi, qui arrive à être stable et à négocier les conflits intrapsychiques et interpersonnels de l'individu, sans le besoin de faire appel à une dissociation défensive avec une fragmentation de la personnalité.

Ce processus thérapeutique a été théorisé par Van der Hart et al. [13], dans un modèle thérapeutique en six étapes :

- stabilisation et réduction symptomatique ;
- établissement du diagnostic et son acceptation par le patient ;
- identification des différentes parties de personnalités ;
- exploration, assimilation et intégration des réminiscences traumatiques ;
- intégration des autres personnalités suivie d'une fusion de l'ensemble ;
- phase post-fusion : apprendre à vivre en tant qu'individu intégré et éviter les rechutes.

6. CONCLUSION

Malgré d'importants efforts de synthèse des données de la littérature, notamment à l'initiative de l'ISSD et de l'APA, actuellement il n'existe pas de guides thérapeutiques consensuels et validés empiriquement concernant le traite-

Tableau 1
Approches thérapeutiques en fonction du type de trouble dissociatif

Diagnostic DSM-IV	But Thérapie	Techniques psychothérapeutiques	Conduite	Pronostic
Amnésie dissociative	Retrouver rapidement les mémoires perdues	1. Associations libres, ou à partir d'un symptôme dissociatif. 2. L'hypnose 3. <i>Entretien sous thiopental ?</i>	Après fin des symptômes, proposer une psychothérapie : conflits intrapsychiques ?	Amnésie brève limitée, passagère, mais risque de récurrence
Fugue dissociative	Restaurer les mémoires perdues et, si besoin, l'identité du patient	1. L'hypnose 2. Associations libres, ou à partir d'un symptôme dissociatif 3. <i>Thérapies cognitivocomportementales ?</i>	Proposer systématiquement psychothérapie extensive (long cours)	Relativement favorable, mais amnésie parfois durable
Trouble de dépersonnalisation	Diagnostic différentiel, comorbidités fréquentes.	1. Associations libres, ou à partir d'un symptôme dissociatif 2. Thérapies cognitivocomportementales 3. Thérapie de soutien	1. Stabilisation symptomatique 2. Décharge cathartique des émotions liées aux traumatismes 3. Favoriser les liens entre le trauma, les symptômes dissociatifs et l'histoire de vie	Réservé, évolution chronique pour 50 % des patients
Trouble dissociatif de l'identité	Exploration puis intégration dans une personnalité unifiée, stable	1. Associations libres, ou à partir d'un symptôme dissociatif 2. Thérapies cognitivocomportementales 3. L'hypnose 4. Thérapie de soutien 5. Hospitalisations (comorbidités)	Thérapie individuelle à très long cours Éviter de : • faire alliance avec une personnalité. • conseiller d'ignorer certaines personnalités ou traumatismes	Évolution progressive, fluctuante, dépend des comorbidités Hospitalisations souvent nécessaires
<i>Personnalité multiple</i>				

Tableau 2
Approche thérapeutique des troubles dissociatifs

Approche thérapeutique des troubles dissociatifs	
1.	Explorer l'étendue des symptômes de dissociation après avoir envisagé le diagnostic différentiel somatique et psychiatrique (intérêt des outils diagnostiques validés : DES, DIS, SCID pour DSM IV)
2.	Interroger les facteurs favorisant l'apparition des symptômes dissociatifs
3.	Traitement systématique (psychothérapeutique et pharmacologique) des comorbidités
4.	Traitement en deux temps : <ul style="list-style-type: none"> • stabilisation symptomatique, prise en compte du risque suicidaire • l'exploration, l'assimilation et l'intégration des réminiscences traumatiques
5.	Travailler le transfert en tenant compte des expériences traumatiques et des symptômes de dissociation
6.	L'intégration progressive des différents états de personnalité dissociés dans une personnalité unique, stable
7.	Consolider et stabiliser progressivement les améliorations thérapeutiques
8.	Soutenir le patient en cas de rechute

450 ment des troubles dissociatifs. Les meilleurs degrés de
 451 consensus de la littérature sont résumés dans le [Tableau 2](#).
 452 Après avoir confirmé le diagnostic à l'aide d'outils diagnos-
 453 tiques validés, il convient d'entreprendre un traitement sys-
 454 tématique des comorbidités qui sont souvent associées
 455 (troubles anxiodépressifs, troubles de personnalité, etc.). Le
 456 traitement psychothérapeutique individuel choisi (d'orienta-
 457 tion psychodynamique, hypnose, ou d'inspiration cognitivo-
 458 comportementale) devrait fréquemment viser une stabilisa-
 459 tion symptomatique avant d'entamer l'exploration,
 460 l'assimilation et l'intégration des réminiscences traumati-
 461 ques. L'intégration progressive des différents états de per-
 462 sonnalité dissociés dans une personnalité unique, stable,
 463 sans dissociation défensive lors des événements stressants,
 464 reste le but ultime des approches thérapeutiques.

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders. Compendium. Arlington, Virginia: APA; 2004.
- [2] Bohus MJ, Landwehrmeyer GB, Stiglmayr CE, Limberger MF, Bohme R, Schmahl CG. Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1999;60:598-603.
- [3] Chu JA, Bowman ES. Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *J Trauma Dissociation* 2000;1:5-20.
- [4] Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther* 2003;41:1451-67.
- [5] Kluft RP. Clinical approaches to the integration of personalities. In: Kluft RP, Fine CG, editors. *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 101-33.
- [6] Kluft RP. An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *Am J Psychother* 1999;53:289-319.
- [7] Middleton W. Owning the past, claiming the present: perspectives on the treatment of dissociative patients. *Australas Psychiatry* 2005;13:40-9.
- [8] Nemiah JC. Dissociative Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol 1, 6th Edition. Maryland: Williams and Wilkins; 1995.
- [9] Philipsen A, Richter H, Schmahl C, Peters J, Rusch N, Bohus M, et al. Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1414-9.
- [10] Putnam FW, Loewenstein RJ. Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *Am J Psychiatry* 1993;150:1048-52.
- [11] 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 Psychiatry* 1990;147:596-601.
- [12] Steinberg M. Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). 2nd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- [13] Van der Hart O, Boon S. Le traitement du désordre de la personnalité multiple. *Ann Med Psychol (Paris)* 1993;151:549-59.
- [14] Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:906-14.