

Article

« La schizophrénie dissociative existe-t-elle ? »

Marie-Christine Laferrière-Simard et Tania Lecomte

Santé mentale au Québec, vol. 35, n° 1, 2010, p. 111-128.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/044800ar>

DOI: 10.7202/044800ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



La schizophrénie dissociative existe-t-elle ?

Marie-Christine Laferrière-Simard*

Tania Lecomte **

Cet article examine le chevauchement important qui existe au niveau phénoménologique, entre les symptômes dissociatifs et psychotiques. De plus, l'étiologie traumatique, reconnue dans les troubles dissociatifs, semble de plus en plus considérée dans les cas de psychoses. Ces similitudes créent une confusion dans les milieux cliniques avec des répercussions importantes pour les personnes souffrant de ces troubles. En effet, les difficultés rencontrées lors du diagnostic différentiel peuvent résulter soit en un mauvais diagnostic, soit en une comorbidité indétectée. Certains auteurs vont plus loin et postulent qu'il existe un sous-type de schizophrénie dont la dissociation est sous-jacente à l'expression des symptômes psychotiques.

Au niveau phénoménologique, il existe un chevauchement important entre les symptômes des troubles dissociatifs complexes — et plus particulièrement le trouble dissociatif de l'identité — et la schizophrénie. L'exemple le plus frappant de similarité des symptômes est sans contredit les hallucinations auditives, qu'on reconnaît habituellement comme faisant partie intégrante de la psychose. Elles ressemblent en effet étrangement aux voix entendues par une personne souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité (anciennement appelé personnalité multiple). Toutefois, dans le cas d'un trouble dissociatif de l'identité, les voix ne représenteraient pas une hallucination, mais bien l'expression d'une personnalité distincte de l'individu.

Les études qui font un lien entre les symptômes psychotiques et la dissociation ont été de plus en plus nombreuses au cours des dernières années (Allen et al., 1997 ; Ellason et Ross, 1995 ; Klufft, 1987 ; Ross et Keyes, 2004 ; Ross et al., 1990a ; Vogel et al., 2006). Ces études indiquent que les symptômes positifs de la schizophrénie (hallucinations et délires) sont au moins aussi caractéristiques du trouble dissociatif de l'identité que de la schizophrénie. Il a même été suggéré que les

* Doctorante, Étudiante au Ph.D. en psychologie, recherche et intervention, Université de Montréal.

** Ph.D., Professeure agrégée, Département de psychologie, Université de Montréal.

symptômes positifs seraient plus sévères dans les cas d'un trouble dissociatif de l'identité, alors que les symptômes négatifs seraient davantage retrouvés dans les cas de schizophrénie (Ellason et Ross, 1995).

De plus, l'étiologie traumatique, reconnue dans les troubles dissociatifs, semble de plus en plus considérée dans les cas de psychoses, surtout pour les personnes qui ont un diagnostic dans le spectre de la schizophrénie (Janssen et al., 2004 ; Neria et al., 2002 ; Read et al., 2005 ; Shevlin et al., 2007).

Ces ressemblances au niveau de la symptomatologie et de l'étiologie créent un problème de diagnostic différentiel dans les milieux cliniques. En effet, 25 % à 50 % des personnes diagnostiquées avec un trouble dissociatif ont préalablement reçu un diagnostic de schizophrénie (Ross, 1997). Les enjeux à propos des liens entre psychose et dissociation vont toutefois au-delà d'un problème de diagnostic différentiel. En effet, un pourcentage important des individus qui présentent les symptômes d'un des troubles répond également aux critères diagnostiques de l'autre catégorie de troubles. Selon plusieurs auteurs, la concomitance de symptômes psychotiques et dissociatifs pourrait être l'expression d'un trouble à part entière et ne serait pas le reflet d'une simple comorbidité entre deux troubles distincts (Ross, 2004 ; Van der Hart et al., 1993). Il s'agirait plutôt d'une psychose dont la dissociation est sous-jacente à l'expression des symptômes et ayant une étiologie traumatique.

Historique de la psychose dissociative

L'idée de la psychose dissociative n'est pas nouvelle. Dès 1894-1895, Janet donnait la première définition de la psychose hystérique. Selon lui, la psychose pouvait être considérée hystérique si sa nature dissociative pouvait être établie. D'origine traumatique, la psychose hystérique se manifesterait par des reviviscences de souvenirs traumatiques, nommées idées fixes primaires, ou par des fantaisies basées sur ces mémoires traumatiques, nommées idées fixes secondaires. Vécues sous forme de rêves éveillés, les idées fixes seraient indifférenciées de la réalité (Van der Hart et al., 1993). Les travaux de Follin et al. (1961) ont publicisé le concept de psychose hystérique en France. Ces auteurs, se basant sur l'observation de cas cliniques, l'ont décrite comme un syndrome dont les aspects psychotiques sont aigus, d'allure oniroïde et qui est marqué par une thématique sexuelle et œdipienne.

Une revue de littérature sur le concept de psychose hystérique a permis à Van der Hart et al. (1993) de le redéfinir comme une psychose

dissociative qui se manifesterait par des états de transe spontanés pendant lesquels les personnes traumatisées revivraient les expériences traumatiques de manière directe ou symbolique, de manière similaire aux intrusions vécues par les individus souffrant d'un trouble de stress post-traumatique. Ces auteurs ont proposé le nom de psychose dissociative réactive afin de mettre l'accent sur l'origine traumatique et sur l'utilisation prédominante de la dissociation dans ces manifestations. La psychose dissociative réactive serait diagnostiquée lorsque l'immersion dans les phénomènes traumatiques deviendrait envahissante. Ayant revisité plusieurs études de cas et les suppositions théoriques sur le concept de psychose dissociative, Van der Hart et al. (1993) ont affirmé que les caractéristiques psychotiques s'atténueraient ou disparaîtraient une fois les origines traumatiques identifiées.

Ross (2004) va dans le même sens. Selon cet auteur, il existerait un groupe distinct de personnes qui souffrent de schizophrénie dont la dissociation serait sous-jacente à l'expression des symptômes psychotiques. Ross (2004) propose de créer un sous-type dissociatif de schizophrénie, au même titre que le sous-type paranoïde ou catatonique.

Bien que plusieurs études aient montré un lien entre les troubles psychotiques et dissociatifs, on remarque un déclin de l'utilisation de diagnostics de troubles dissociatifs. Ce déclin s'expliquerait notamment par l'introduction du terme «schizophrénie» pour décrire les personnes aux prises avec des symptômes psychotiques et dissociatifs. Le nombre de cas rapportés de trouble dissociatif de l'identité (anciennement connu sous les appellations «double personnalité», «personnalité multiple», ou encore «psychose hystérique») a diminué de près de la moitié dans les quinze années qui ont suivi le remplacement du terme «*dementia preacox*» par «schizophrénie» en 1911 (Rosenbaum, 1980). Rosenbaum constate également que le terme de psychose hystérique est abandonné dès l'édition de 1934 du *Modern Clinical Psychiatry* (Noyes, 1934), bien que sa description y soit toujours présente sous la rubrique des schizophrénies. La perte d'intérêt de la communauté clinique et scientifique pendant plusieurs décennies pour la psychose dissociative et les troubles dissociatifs en général serait aussi liée aux controverses entourant le diagnostic du trouble dissociatif de l'identité.

Controverses autour des troubles dissociatifs

L'attitude ambivalente des cliniciens face aux troubles dissociatifs peut également s'expliquer par les critiques qui ont marqué cette catégorie diagnostique, et plus particulièrement le trouble dissociatif de l'identité. L'existence même du trouble dissociatif de l'identité est

controversée. Selon certains auteurs, ce trouble serait iatrogène (McHugh, 1995 ; Merskey, 1992), c'est-à-dire créé en cours de thérapie par des techniques telles que l'hypnose ou la suggestion. La littérature abonde sur l'hypnotisabilité particulièrement élevée que démontrent les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble dissociatif (par exemple, Frischholz et al., 1992 ; Kumar et al., 1996 ; Moene et al., 2001), pouvant expliquer l'apparition du trouble suite au commencement d'une thérapie par des suggestions involontaires de la part du thérapeute. L'International Society for the Study of Dissociation (2005), dans ses « Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults », mentionne, quant à elle, qu'aucune étude n'a réussi à créer un trouble dissociatif de l'identité complet à ce jour. Dans une discussion sur les controverses entourant le diagnostic de trouble dissociatif de l'identité, Elzinga et al. (1998) concluent également que le trouble dissociatif de l'identité n'est pas un trouble iatrogène, même si certaines manifestations peuvent résulter de suggestions involontaires de la part d'un thérapeute.

Une autre controverse importante liée au trouble dissociatif de l'identité concerne l'étiologie traumatique du trouble. Il est généralement accepté que la dissociation soit une réponse défensive utilisée pour protéger l'individu face à des événements graves et traumatisants (Putnam, 1993). La dissociation permettrait de maintenir les souvenirs traumatiques partiellement ou complètement hors de la conscience, assurant ainsi la survie psychologique de la personne. Dans le cas du trouble dissociatif de l'identité, une personnalité distincte est créée afin de garder le souvenir traumatisant. La remémoration soudaine de ces événements en cours de thérapie a amené plusieurs auteurs à suggérer que ces souvenirs pourraient être induits par suggestion. De nombreuses études ont en fait démontré qu'il était possible d'induire de faux souvenirs par suggestion (Mazzoni et al., 1999 ; Porter et al., 1999). Toutefois, d'autres études ont démontré que l'histoire traumatique pouvait souvent être corroborée par des sources externes, alors que plusieurs sujets sous-rapportaient les événements, voire même présentaient une amnésie pour ces événements (Lewis et al., 1997). Finalement, une revue de la littérature des souvenirs retrouvés et des faux souvenirs permet de conclure que les deux phénomènes existent et peuvent se manifester dans certaines circonstances (Gleaves et al., 2004).

Les questionnements et les controverses au sujet des troubles dissociatifs se reflètent notamment dans la faible utilisation de diagnostics de troubles dissociatifs et dans le faible consensus trouvé à

l'égard du statut diagnostique ou de la validité scientifique des troubles dissociatifs au sein de la communauté psychiatrique Nord-Américaine (Lalonde et al., 2001 ; Pope et al., 1999). Dans ces sondages, la majorité des psychiatres interrogés considéraient que les troubles dissociatifs de l'identité et l'amnésie dissociative ne devraient être inclus dans le DSM qu'avec réserve et que les preuves scientifiques sur la validité de ces troubles n'étaient que partielles (Lalonde et al., 2001).

Symptomatologie similaire des troubles psychotiques et dissociatifs

Pourtant, la symptomatologie des troubles dissociatifs et psychotiques est semblable. Les hallucinations auditives, par exemple, sont retrouvées dans 73 % des cas dans la schizophrénie (Beck et Rector, 2003) et dans 82 % à 87 % des cas dans le trouble dissociatif de l'identité (Ross et al., 1990b). La différence réside notamment dans l'attribution de l'origine de ces voix ; les personnes atteintes d'un trouble dissociatif de l'identité perçoivent ces voix comme venant de l'intérieur d'elles-mêmes dans 80 % des cas, alors que les personnes souffrant de psychose les ressentent comme venant de l'extérieur, également dans 80 % des cas (Kluft, 2005).

Ces deux groupes partageraient aussi d'autres symptômes, notamment : les symptômes de premier rang (décrits par Schneider, 1959), des perturbations perceptuelles et la dépersonnalisation (Putnam et al., 1986). Selon Kluft (1987) les symptômes de premier rang de Schneider, initialement considérés comme étant caractéristiques de la schizophrénie, pourraient en fait être des indices diagnostiques du trouble dissociatif de l'identité. Ces symptômes positifs comprennent, par exemple, des voix qui argumentent entre elles, des voix qui commentent le comportement ou les pensées, des expériences d'influences corporelles, des pensées volées par des forces extérieures ou d'autres personnes, etc.

Dissociation et psychose : le trauma comme étiologie commune ?

Outre les similitudes au niveau symptomatologique, la dissociation et la psychose semblent partager une étiologie traumatique. L'abus dans l'enfance est fortement corrélé aux symptômes dissociatifs, que ce soit dans la population générale, chez des personnes suivies en consultation externe, ou hospitalisées. Les personnes ayant vécu des abus sexuels, particulièrement incestueux, semblent spécialement à risque de développer des symptômes dissociatifs sévères. De plus, il y aurait un lien de dose-effet, c'est-à-dire que plus le nombre de traumatismes et leur sévérité seraient élevés, plus les symptômes de dissociation

rapportés seraient importants (Gershuny et Thayer, 1999, pour une revue de littérature sur le trauma et la dissociation).

La reconnaissance d'une étiologie traumatique dans certains cas de psychose est beaucoup plus récente mais suscite beaucoup d'intérêt dans la communauté scientifique. Dans une étude qui évalue le trauma tout au long de la vie, 98 % des sujets atteints de psychose rapportaient avoir vécu au moins un événement traumatisant, et 43 % des sujets répondaient aux critères du DSM-IV pour un trouble de stress post-traumatique (Mueser et al., 1998). Neria et al. (2002) ont quant à eux trouvé une proportion de 68.5 % de personnes traumatisées au cours de leur vie dans leur étude qui évaluait des sujets vivant un premier épisode psychotique.

Dans une étude longitudinale, Janssen et al. (2004) ont montré que les sujets de la population générale rapportant des abus dans l'enfance avaient des risques plus élevés de développer des symptômes positifs de psychose que ceux n'en rapportant pas. De plus, ces risques augmentaient en fonction de la sévérité de l'abus, de façon à atteindre un risque 30 fois plus élevé chez les personnes ayant été abusées plus fréquemment.

La sévérité du trauma a également été associée à la sévérité des symptômes positifs dans la psychose ainsi qu'aux symptômes du trouble de stress post-traumatique (Kilcommons et Morrison, 2005). Une étude de population récente suggère en fait un lien de causalité entre la sévérité des symptômes psychotiques et le nombre et l'importance des traumatismes physiques vécus dans l'enfance (Shevlin et al., 2007; Shevlin et al., 2008). Le lien entre l'abus dans l'enfance et la présence d'hallucinations auditives à l'âge adulte semble particulièrement important. Honig (1998) précise d'ailleurs que le début des hallucinations auditives est dans la plupart des cas précédé par un événement traumatique ou par un événement activant le rappel d'un événement traumatique.

Études sur la dissociation et la schizophrénie

Ces ressemblances, autant au niveau phénoménologique qu'étiologique, ont amené les chercheurs à se pencher sur les liens entre la psychose et la dissociation. Certaines études ont entre autres trouvé des corrélations élevées (.40–.69) entre les traits de personnalité de type psychotique (psychotisme/schizotypie) et la dissociation. Ces résultats restent consistants peu importe les instruments de mesure utilisés, la population étudiée (sujets psychiatriques, étudiants, prisonniers) et la région géographique où a eu lieu l'étude (Moskowitz et al., 2005).

Spitzer et al. (1997) ont aussi évalué les symptômes dissociatifs chez des personnes atteintes de schizophrénie avec des syndromes soit positifs ou négatifs, c'est-à-dire avec une prédominance de symptômes positifs ou négatifs. Leurs résultats démontrent que les symptômes dissociatifs seraient significativement plus fréquents chez les personnes avec un syndrome positif de schizophrénie que chez celles avec un syndrome négatif. De plus, seuls les comportements hallucinatoires et les délires seraient significativement corrélés avec les symptômes dissociatifs. Les symptômes négatifs, quant à eux, auraient généralement tendance à être corrélés négativement à la dissociation — seul l'isolement social passif aurait une corrélation négative significative à la dissociation.

Dans une étude qui évalue la prévalence des symptômes de premier rang dans un échantillon de sujets ayant reçu un diagnostic de personnalité multiple, Kluft (1987) a pu observer que tous les sujets (N = 30) en présentaient au moins un, avec une moyenne de 3.6 symptômes et variant de 1 à 8 symptômes par sujet. Dans une étude subséquente, Ross et al. (1990b) ont confirmé ces observations. Dans leur étude, 99 % des 102 sujets ayant reçu un diagnostic de personnalité multiple rapportaient au moins un symptôme de premier rang. En combinant ces résultats avec ceux de deux études précédentes (Kluft, 1987 ; Ross et al., 1989), ils retrouvent une prévalence de 87 % de sujets (N combiné = 368) ayant au moins un symptôme de premier rang de Schneider, avec une moyenne de 4.9 symptômes par sujet. Ces résultats suggèrent que non seulement les symptômes de premier rang de Schneider ont peu de spécificité pour le diagnostic de schizophrénie, tel que mentionné aussi par d'autres chercheurs (par exemple, Bentall, 1993), mais encore qu'une présence plus importante de ces symptômes pourrait suggérer une psychose de type dissociative, qui aurait une étiologie, des caractéristiques prémorbides, un début des manifestations symptomatiques, une réponse au traitement et un pronostic distincts des autres types de schizophrénie (Ross et al., 1990a).

Afin de tester cette idée, Ross et Keyes (2004) ont évalué les symptômes dissociatifs dans un groupe de 60 individus traités pour une schizophrénie stable et chronique. Parmi ceux-ci, ils ont trouvé 36 sujets avec des caractéristiques dissociatives importantes, soit 60 % de leur échantillon. Ces symptômes dissociatifs étaient accompagnés de taux élevés de traumatismes dans l'enfance ainsi que de troubles comorbides importants, tels que la dépression, le trouble de personnalité limite ou encore le trouble dissociatif de l'identité. Ces résultats étaient concordants avec ceux de Haugen et Castillo (1999), qui ont trouvé un

trouble dissociatif dans 50 % de leur échantillon (N = 50) de personnes avec un diagnostic de schizophrénie.

Suggestion d'un sous-type dissociatif de schizophrénie

Afin de rendre compte de la similitude des portraits cliniques dans un sous-groupe d'individus atteints de psychose avec caractéristiques dissociatives importantes, Ross propose dans son ouvrage *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment* (2004) de créer un sous-type dissociatif de schizophrénie. Selon lui, il existerait un continuum entre la schizophrénie et le trouble dissociatif de l'identité, en passant par des formes sévères et chroniques de troubles dissociatifs non spécifiés. Ainsi, toutes les personnes présentant à la fois des caractéristiques liées au spectre de la schizophrénie et aux troubles dissociatifs pourraient recevoir le diagnostic de schizophrénie dissociative. Les formes moins sévères de dissociation, telles que la dépersonnalisation, la fugue dissociative ou l'amnésie dissociative ne seraient pas incluses sous cette catégorie, étant donné leur nature moins sévère et relativement commune.

Pour Ross (2004), la schizophrénie dissociative serait diagnostiquée lorsqu'une personne répondant aux critères de la schizophrénie répondrait également à au moins trois des six critères suivants :

- Amnésie dissociative
- Dépersonnalisation
- Présence de deux ou plusieurs identités ou états de personnalité distincts
- Hallucinations auditives
- Traumatismes sévères dans l'enfance
- Présence importante de troubles comorbides

Selon Ross (2004), en effet, les liens entre psychose et dissociation ne pourraient pas s'expliquer par une simple comorbidité car les caractéristiques au cœur de ces troubles sont trop similaires pour que ces derniers ne soient pas liés. Effectivement, parmi les personnes traitées pour un trouble dissociatif de l'identité, 74.3 % des sujets répondent aux critères d'un trouble psychotique (Ellason et al., 1996), tandis que les études ayant évalué les symptômes dissociatifs chez les personnes atteintes d'un trouble psychotique rapportent des taux de 25 % à 40 % (Ross et Keyes, 2004).

Explications théoriques

Aucune étude ne semble avoir, jusqu'à présent, expliqué comment la dissociation et la psychose sont liées. Allen et al. (1997) ont proposé un modèle théorique intégrant le trauma, la dissociation et la psychose. Selon ces auteurs, le trauma pourrait provoquer l'utilisation de mécanismes dissociatifs. Le détachement dissociatif qui s'ensuivrait rendrait ces individus vulnérables aux expériences psychotiques. En effet, ces personnes n'auraient pas de prise sur le monde extérieur, le détachement dissociatif empêchant le développement d'ancrages internes par rapport à leur corps, le sentiment de self, le sentiment que les actions leur sont propres, etc.

Dans une étude empirique de Kilcommons et Morrison (2005), les résultats semblent en faveur de cette explication théorique. Dans leur étude mesurant le trauma dans l'enfance, les symptômes liés au trouble de stress post-traumatique, les symptômes psychotiques et les expériences dissociatives, les expériences dissociatives étaient liées aux expériences psychotiques. Même après avoir contrôlé pour les effets cumulatifs du trauma, la dépersonnalisation prédisait significativement les hallucinations. Les auteurs concluent que les personnes qui, en réponse au trauma, développent la dissociation comme stratégie d'adaptation sont plus à risque de vivre des symptômes psychotiques.

La psychanalyse offre une autre perspective pour expliquer les liens entre la dissociation et la psychose. Jean-Claude Maleval (2007) suggère qu'il existe une difficulté certaine à distinguer les « folies hystériques », souvent caractérisées par des délires et des hallucinations, et la psychose. L'auteur mentionne d'ailleurs que cette difficulté à distinguer hystérie et psychose était déjà présente aux débuts de la psychanalyse, mais qu'il a fallu attendre le concept lacanien de forclusion du Nom-Du-Père pour les différencier (Maleval, 2007). La forclusion serait le mécanisme spécifique à l'origine de la psychose, selon Lacan, et serait caractérisée par le rejet d'un signifiant fondamental — ici le Nom-Du-Père, soit la fonction paternelle — hors de l'univers symbolique du sujet. Ces éléments forclos ne seraient donc jamais intégrés à l'inconscient du sujet et ne feraient pas retour « de l'intérieur », mais dans le réel, notamment dans les hallucinations (Laplanche et Pontalis, 2003). Ainsi, lorsque la forclusion du Nom-Du-Père n'est pas présente et qu'on reconnaît des éléments hystériques, tels que la théâtralité, des éléments oedipiens ou des idées fixes subconscientes (dissociation), il ne s'agirait pas d'une véritable psychose mais bien d'hystérie, et ce malgré la présence de délires et d'hallucinations.

Cette distinction s'avère fort pertinente pour orienter le traitement. En effet, dans un article revisitant le travail d'un psychiatre néerlandais des années 1920 (H. Breukink), Van der Hart et Spiegel (1993) suggèrent que les capacités hypnotiques des patients atteints de psychose peuvent être utilisées pour différencier ceux dont la symptomatologie serait dissociative des autres types de psychoses, les personnes qui souffrent de dissociation étant particulièrement suggestibles. Ainsi, le traitement de choix serait différent; les personnes souffrant de psychoses hystériques bénéficieraient davantage de psychothérapies utilisant l'hypnose, notamment pour l'intégration des mémoires traumatiques (Van der Hart et Spiegel, 1993).

Discussion

La nosologie contemporaine des troubles mentaux ne considère toutefois plus l'hystérie comme un diagnostic valide. Ses manifestations se retrouvent maintenant dans différentes catégories du DSM-IV, que ce soit dans les troubles somatoformes, les troubles de personnalité limite ou histrionique, ou encore les troubles dissociatifs, les manifestations extrêmes se caractérisant parfois par un trouble dissociatif de l'identité. Pourtant, lorsque des caractéristiques psychotiques sont présentes, tels que des délires ou des hallucinations, les personnes en étant atteintes se retrouvent vraisemblablement avec un diagnostic de cette catégorie.

Il semble donc clair qu'il existe une confusion entre les catégories diagnostiques des troubles dissociatifs et des troubles psychotiques, notamment à cause des ressemblances phénoménologiques. Les liens démontrés entre psychose et dissociation peuvent soit engendrer un mauvais diagnostic, soit démontrer une comorbidité souvent indétectée entre ces deux troubles. Une autre possibilité est qu'il existe bel et bien un sous-type dissociatif de schizophrénie.

Lorsque la ressemblance entre ces troubles engendre un mauvais diagnostic, cela entraîne des conséquences néfastes pour la personne concernée. Par exemple, certains auteurs suggèrent que les personnes souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité qui ont préalablement reçu un diagnostic de schizophrénie passent plus de temps dans le système de santé et reçoivent plus de formes de traitements, souvent inappropriés, que les personnes bien diagnostiquées au départ (Ross et Norton, 1988).

Un mauvais diagnostic entraîne aussi des coûts notables au niveau du système de santé. Par exemple, une étude canadienne datant de 1989 a estimé qu'un trouble dissociatif mal diagnostiqué pendant en moyenne 8.2 ans peut coûter près de 85 000\$ par sujet au système de santé (Ross

et Dua, 1993). L'importance de bien diagnostiquer et de donner un traitement approprié à la pathologie est donc indéniable. Parmi les divers traitements offerts, notons que les troubles dissociatifs sont surtout traités par des psychothérapies qui ont été démontrées comme étant efficaces (Ellason et Ross, 1997), tandis que le traitement préconisé pour la schizophrénie est d'abord la médication anti-psychotique, parfois accompagnée d'interventions de réadaptation psychosociale. Ross et al. (1990b) rapportent que 77 % des sujets dans leur étude ont déclaré que les traitements psychiatriques reçus préalablement au diagnostic de trouble dissociatif avaient été selon eux inefficaces.

Comme mentionné plus tôt, il est aussi possible que les liens entre psychose et dissociation aillent au-delà d'un problème de diagnostic différentiel. Il pourrait s'agir d'une comorbidité indétectée. En effet, 74 % des personnes atteintes d'un trouble dissociatif de l'identité remplissent les critères pour un trouble psychotique (Ellason et al., 1996), tandis que 25 % à 40 % des personnes atteintes d'un trouble psychotique présenteraient de nombreux symptômes de dissociation (Ross et Keyes, 2004). Ainsi, un pourcentage important des individus présentant les symptômes d'un des troubles répond également aux critères diagnostiques de l'autre catégorie de troubles. Pourtant, la concomitance de ces troubles passe plus souvent qu'autrement inaperçue, laissant une part notable des symptômes non traités.

Finalement, l'autre possibilité est que la concomitance de symptômes psychotiques et dissociatifs puisse être le reflet d'un trouble à part entière, et non d'une simple comorbidité entre deux troubles distincts (Ross, 2004 ; Van der Hart et al., 1993). Il s'agirait plutôt d'une psychose ayant la dissociation sous-jacente à l'expression des symptômes et ayant une étiologie traumatique. Cette idée est intéressante, certes, mais pour le moment, seules des études faisant un lien entre trouble psychotique et trouble dissociatif ont été publiées, sans clairement déterminer qu'il existe un sous-type dissociatif de schizophrénie. Ross (2004) a franchi une étape importante en systématisant les caractéristiques qui seraient présentes chez les personnes atteintes de ce trouble. Des études devront maintenant se pencher sur ces critères pour déterminer si ce sous-groupe existe et dans quelle proportion.

Si un sous-type dissociatif de schizophrénie était validé et reconnu empiriquement, il aurait comme avantage de reconnaître l'importance des symptômes dissociatifs dans le portrait clinique de ces individus et ainsi d'assurer un meilleur traitement. Ce diagnostic serait

probablement accepté par le corps médical car il maintient l'appellation de schizophrénie et permettrait ainsi un traitement à la fois médical et psychologique. D'ailleurs, les interventions intégratives s'intéressant autant aux aspects liés aux traumatismes ou à la dissociation et aux symptômes psychotiques ont démontré des diminutions significatives des symptômes positifs de la psychose (Ellason et Ross, 1997 ; Mueser et al., 2007 ; Ross, 1997).

L'utilisation d'un diagnostic de schizophrénie pour rendre compte de la présence de symptômes dissociatifs sévères de façon concomitante à un trouble psychotique comporte toutefois un désavantage important : il s'agit probablement du diagnostic le plus lourd du DSM-IV et entraîne par conséquent un stigma social considérable. Si la dissociation est bien à l'avant-plan des symptômes et que l'origine du trouble est traumatique, ne serait-il pas mieux de considérer que les symptômes psychotiques sont tout simplement une part de l'expérience de ces personnes, sans les considérer pathologiques en soi (Stip et Letourneau, 2009) ? En effet, de nombreuses études ont montré que les symptômes psychotiques, notamment les délires et les hallucinations, sont prévalents dans la population générale (Beck et Rector, 2003 ; Ohayon, 2000) et qu'ils sont associés à la sévérité et à la fréquence des traumatismes dans l'enfance (Shevlin et al., 2007 ; Shevlin et al., 2008).

Enfin, dans le cas où les études ne démontreraient pas l'existence d'un tel trouble bipartite, les statistiques énoncées plus haut sur la fréquence d'un mauvais diagnostic soulignent qu'un problème existe bel et bien au niveau du diagnostic différentiel. Certains auteurs prônent déjà le traitement des différentes dimensions de la schizophrénie plutôt que le simple traitement des symptômes psychotiques (Stip et Letourneau, 2009). Des efforts devraient alors être portés à sensibiliser les intervenants cliniques à la reconnaissance des troubles dissociatifs. Une meilleure compréhension, tant diagnostique que conceptuelle, auraient d'importantes implications cliniques car elle permettrait aux intervenants de mieux intervenir selon les différents symptômes et enjeux présents et ainsi d'offrir des traitements adaptés aux besoins spécifiques de cette clientèle.

Références

- ALLEN, J. G., COYNE, L., CONSOLE, D. A., 1997, Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation, *Comprehensive Psychiatry*, 38, 6, 327-334.
- BECK, A. T., RECTOR, N. A., 2003, A cognitive model of hallucinations, *Cognitive Therapy and Research*, 27, 1, 19-52.

- BENTALL, R., 1993, Deconstructing the concept of 'schizophrenia', *Journal of Mental Health*, 2, 3, 223-238.
- ELLASON, J. W., ROSS, C. A., 1997, Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder, *American Journal of Psychiatry*, 154, 6, 832-839.
- ELLASON, J. W., ROSS, C. A., 1995, Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 4, 236-241.
- ELLASON, J. W., ROSS, C. A., FUCHS, D. L., 1996, Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder, *Psychiatry*, 59, 255-261.
- ELZINGA, B. M., VAN DYCK, R., SPINHOVEN, P., 1998, Three controversies about dissociative identity disorder, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 13-23.
- FOLLIN, S., CHAZAUD, J., PILON, L., 1961, Cas cliniques de psychoses hystériques, *L'Évolution psychiatrique*, 26, 257-286.
- FRISCHHOLZ, E. J., LIPMAN, L. S., BRAUN, B. G., SACHS, R. G., 1992, Psychopathology, hypnotizability, and dissociation, *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1521-1525.
- GERSHUNY, B. S., THAYER, J. F., 1999, Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration, *Clinical Psychology Review*, 19, 5, 631-657.
- GLEAVES, D. H., SMITH, S. M., BUTLER, L. D., SPIEGEL, D., 2004, False and recovered memories in the laboratory and clinic: a review of experimental and clinical evidence, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 1, 3-28.
- HAUGEN, M. C., CASTILLO, R. J., 1999, Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 12, 751-754.
- HONIG, A., ROMME, M. A., ENSINK, B. J., ESCHER, S. D., PENNING, M. H., DEVRIES, M. W., 1998, Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 10, 646-651.
- INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF DISSOCIATION, 2005, Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 4, 69-149.
- JANSSEN, I., KRABBENDAM, L., BAK, M., HANSEN, M., VOLLEBERGH, W., DE GRAAF, R., VAN OS, J., 2004, Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 1, 38-45.

- KILCOMMONS, A., MORRISON, A., 2005, Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 5, 351-359.
- KLUFT, R. P., 2005, Diagnosing dissociative identity disorder: understanding and assessing manifestations can help clinicians identify and treat patients more effectively, *Psychiatric Annals*, 35, 8, 633-643.
- KLUFT, R. P., 1987, First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 144, 3, 293-298.
- KUMAR, V., PEKALA, R. J., MARCANO, G., 1996, Hypnotizability, dissociativity, and phenomenological experience, *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 9, 3, 143-153.
- LALONDE, J. K., HUDSON, J. I., GIGANTE, R. A., POPE, H. G. JR., 2001, Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnoses, *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 5, 407-412.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B., 2003, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 14^e édition, Presses universitaires de France, Paris.
- LEWIS, D. O., YEAGER, C. A., SWICA, Y., PINCUS, J. H., LEWIS, M., 1997, Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder, *American Journal of Psychiatry*, 154, 12, 1703-1710.
- MALEVAL, J.-C., 2007, *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, Paris.
- MAZZONI, G. A. L., LOFTUS, E. F., KIRSCH, I., 2001, Changing beliefs about implausible autobiographical events: a little plausibility goes a long way, *Journal of Experimental Psychology Applied*, 7, 1, 51-59.
- MCHUGH, P. R. M. D., 1995, Resolved: multiple personality disorder is an individually and socially created artefact, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7, 957-963.
- MERSKEY, H., 1992, The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- MOENE, F. C., SPINHOVEN, P., HOOGDUIN, K., SANDYCK, P., ROELOFS, K., 2001, Hypnotizability, dissociation and trauma in patients with a conversion disorder: an exploratory study, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 400-410.
- MOSKOWITZ, A. K., BARKER-COLLO, S., ELLSON, L., 2005, Replication of dissociation-psychosis link in New Zealand students and inmates, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 11, 722-727.

- MUESER, K. T., BOLTON, E., CARTY, P. C., BRADLEY, M. J., ALHGREN, K. F., DISTASO, D. R., GILBRIDE, A., LIDDELL, C., 2007, The trauma recovery group : a cognitive-behavioral program for post-traumatic stress disorder in persons with severe mental illness, *Community Mental Health Journal*, 43, 3, 281-304.
- MUESER, K. T., GOODMAN, L. B., TRUMBETTA, S. L., ROSENBERG, S. D., OSHER, F. C., VIDAVER, R., AUCIELLO, P., FOY, D. W., 1998, Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3, 493-499.
- NERIA, Y., BROMET, E. J., SIEVERS, S., LAVELLE, J., FOCHTMANN, L. J., 2002, Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis : findings from a first-admission cohort, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1, 246-251.
- NOYES, A. P., 1934, *Modern Clinical Psychiatry*, WB Saunders, Philadelphia.
- OHAYON, M. M., 2000, Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population, *Psychiatry Research*, 97, 2-3, 153-164.
- POPE, H. G. JR., OLIVA, P. S., HUDSON, J. I., BODKIN, J. A., GRUBER, A. J., 1999, Attitudes toward DSM-IV dissociative disorders diagnoses among board-certified American psychiatrists, *American Journal of Psychiatry*, 156, 321-323.
- PORTER, S., YUILLE, J. C., LEHMAN, D. R., 1999, The nature of real, implanted, and fabricated memories for emotional childhood events : implications for the recovered memory debate, *Law and Human Behavior*, 23, 5, 517-537.
- PUTNAM, F. W., 1993, Dissociative phenomena in Spiegel, D., ed., *Dissociative Disorders : A Clinical Review*, The Sidran Press, Lutherville, 1-16.
- PUTNAM, F. W., GUROFF, J. J., SILBERMAN, E. K., BARBAN, L., POST, R. M., 1986, The clinical phenomenology of multiple personality disorder : review of 100 recent cases, *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- READ, J., VAN OS, J., MORRISON, A., ROSS, C., 2005, Childhood trauma, psychosis and schizophrenia : a literature review with theoretical and clinical implications, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 5, 330-350.
- ROSENBAUM, M., 1980, The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality, *Archives of General Psychiatry*, 37, 1383-1385.
- ROSS, C. A., 2004, *Schizophrenia : Innovations in Diagnosis and Treatment*, The Haworth Press, Binghamton.

- ROSS, C. A., 1997, *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*, 2nd ed., John Wiley and Sons, New York.
- ROSS, C. A., DUA, V., 1993, Psychiatric health care costs of multiple personality disorder, *American Journal of Psychotherapy*, 47, 1, 103-112.
- ROSS, C. A., KEYES, B., 2004, Dissociation and schizophrenia, *Journal of Trauma and Dissociation*, 5, 3, 69-83.
- ROSS, C. A., MILLER, S. D., REAGOR, P., BJORNSON, L., FRASER, G. A., ANDERSON, G., 1990a, Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry*, 31, 2, 111-118.
- ROSS, C. A., MILLER, S. D., REAGOR, P., BJORNSON, L., FRASER, G. A., ANDERSON, G., 1990b, Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers, *American Journal of Psychiatry*, 147, 5, 596-601.
- ROSS, C. A., NORTON, G. R., 1988, Multiple personality disorder patients with a prior diagnosis of schizophrenia, *Dissociation*, 1, 2, 39-42.
- ROSS, C. A., NORTON, G. R., WOZNEY, K., 1989, Multiple personality disorder : an analysis of 236 cases, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 5, 413-418.
- SCHNEIDER, K., 1959, *Clinical Psychopathology*, 5th ed., Grune and Stratton, New York.
- SHEVLIN, M., DORAHY, M., ADAMSON, G., 2007, Childhood traumas and hallucinations : an analysis of the national comorbidity survey, *Journal of Psychiatric Research*, 41, 3-4, 222-228.
- SHEVLIN, M., HOUSTON, J. E., DORAHY, M. J., ADAMSON, G., 2008, Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey, *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1, 193-199.
- SPITZER, C., HAUG, H.-J., FREYBERGER, H. J., 1997, Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms, *Psychopathology*, 30, 67-75.
- STIP, E., LETOURNEAU, G., 2009, Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology, *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 3, 140-151.
- VAN DER HART, O., SPIEGEL, D., 1993, Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses : The early psychotherapy of H. Breukink and modern views, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 3, 191-209.

VAN DER HART, O., WITZTUM, E., FRIEDMAN, B., 1993, From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis, *Journal of Traumatic Stress*, 6, 1, 43-64.

VOGEL, M., SPITZER, C., BARNOW, S., FREYBERGER, H. J., GRABE, H. J., 2006, The role of trauma and PTSD-related symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia, *Psychopathology*, 39, 5, 236-242.

ABSTRACT

Does dissociative schizophrenia exist?

On a phenomenological level, there's an important overlap between dissociative and psychotic symptoms. Furthermore, traumatic etiology, recognized in dissociative disorders, is also increasingly considered in psychosis. These similarities create confusion in clinical settings with important repercussions for individuals suffering from these disorders. Indeed, difficulties encountered in differential diagnoses could result in an erroneous diagnosis or in an undetected comorbidity. Some authors are going further in suggesting that there is a sub-type of schizophrenia having dissociation behind the expression of psychotic symptoms.

RESUMEN

¿Existe la esquizofrenia disociativa?

A nivel fenomenológico existe una imbricación importante entre los síntomas disociativos y psicóticos. Además, la etiología traumática reconocida en los trastornos disociativos parece ser cada vez más considerada en los casos de psicosis. Estas similitudes crean una confusión en los medios clínicos con repercusiones importantes para las personas que sufren de estos trastornos. De hecho, las dificultades encontradas durante el diagnóstico diferencial pueden resultar ya sea en un diagnóstico incorrecto o en una comorbilidad no detectada. Algunos autores van más allá y proponen que existe un subtipo de esquizofrenia con disociación subyacente a la expresión de los síntomas psicóticos.

RESUMO

Será que a esquizofrenia dissociativa existe?

Ao nível fenomenológico, existe uma sobreposição importante entre os sintomas dissociativos e psicóticos. Além disto, a etiologia traumática, reconhecida nos transtornos dissociativos, parece ser cada

vez mais considerada nos casos de psicoses. Estas semelhanças criam uma confusão nos meios clínicos com repercussões importantes para as pessoas que sofrem destes transtornos. De fato, as dificuldades encontradas durante o diagnóstico diferencial podem resultar em um mau diagnóstico, ou em uma comorbidade não detectada. Alguns autores vão mais além e propõem a existência de um sub-tipo de esquizofrenia que tenha a dissociação sub-jacente à expressão dos sintomas psicóticos.