

Souvenirs des violences subies dans l'enfance : Dissociation, amnésie et corroboration.

*James A. Chu, M.D., Lisa M. Frey, Psy.D.,
Barbara L. Ganzel, Ed.M., M.A., and Julia A. Matthews, Ph.D., M.D.*

traduction française par J-P Salmona

Objectif : Cette étude a étudié la relation entre les violences subies dans l'enfance, autodéclarées, et les symptômes dissociatifs ainsi que l'amnésie. La présence ou l'absence de corroboration des souvenirs retrouvés de violences subies pendant l'enfance a également été étudiée. **Méthode** : 90 patientes admises dans une unité spécialisée dans le traitement des troubles psychotraumatiques ont rempli des questionnaires mesurant les symptômes dissociatifs et permettant d'obtenir des détails sur les violences physiques ou sexuelles subies dans l'enfance, ou bien sur le fait d'avoir été témoin de violences. Les participantes ont également fait l'objet d'une entrevue structurée qui portait sur l'amnésie des expériences traumatiques, les circonstances ayant permis d'en retrouver le souvenir, le rôle de la suggestion dans les souvenirs, et la corroboration indépendante des souvenirs. **Résultats** : Les participantes déclarant des violences de tous les types dans l'enfance ont démontré des niveaux élevés de symptômes dissociatifs, significativement plus élevés que ceux des sujets ne signalant pas de violences. Les symptômes dissociatifs étaient plus importants quand les violences physiques ou sexuelles avaient commencé à un âge précoce, et quand les violences sexuelles avaient été répétées. Une proportion substantielle de participantes ayant subi les divers types de violences ont rapporté une amnésie partielle ou complète des violences. Pour les violences physiques et sexuelles, l'âge précoce du début était corrélé à des niveaux plus élevés d'amnésie. Les participantes qui ont retrouvé des souvenirs de mauvais traitements ont dit qu'elles avaient généralement retrouvé ces souvenirs lorsqu'elles étaient seules, à la maison, en famille ou avec des amis. Bien que certaines participantes soient en traitement à ce moment-là, très peu ont retrouvé un souvenir pendant une séance de thérapie, et la plupart ont dénié la possibilité d'une suggestion à l'origine de la récupération de la mémoire. Les souvenirs retrouvés ont pu être corroborés de façon fiable pour une majorité des participantes. **Conclusions** : la maltraitance infantile, en particulier la maltraitance chronique qui commence à un âge précoce, est liée au développement d'un niveau élevé de symptômes dissociatifs, y compris l'amnésie des violences. Cette étude suggère fortement que la psychothérapie n'est généralement pas associée à la récupération de la mémoire, et que les souvenirs de violences retrouvés peuvent être fréquemment vérifiés de façon indépendante.

(Am J Psychiatry 1999; 156:749-755)

Au cours des dernières années, l'explosion des cas rapportés de violences subies dans l'enfance a soulevé des questions sur la nature de la mémoire des événements traumatiques, sur la survenue d'amnésie des violences subies dans l'enfance, et sur la validité et l'exactitude des souvenirs retrouvés. De nombreux cliniciens considèrent les souvenirs retrouvés de maltraitance pendant l'enfance comme des récits valides d'expériences précoces, et le travail clinique avec des souvenirs récupérés s'est révélé utile chez certains patients. Récemment, cependant, un certain nombre d'enquêteurs ont remis en question la validité de la mémoire retrouvée des

maltraitements infantiles, soutenant que de nombreux cliniciens pourraient être impliqués dans la création de pseudo-souvenirs. Un débat houleux a émergé concernant le rôle des thérapeutes dans la récupération des souvenirs précédemment oubliés de maltraitance infantile.

Des études récentes en psychologie cognitive ont montré que les souvenirs peuvent être inexacts. Par exemple, les chercheurs qui étudient l'impact des expériences stressantes sur la mémoire ont testé des étudiants dans des conditions difficiles (1-3) ou ont exposé des participants à un matériel photographique choquant (4, 5). Les participants à l'étude sont souvent remarquable-

ment inexacts en relatant les détails de leur expérience (4-7). Le rôle de la suggestion dans la malléabilité de la mémoire a également été bien établi dans les études de laboratoire (8-11). Dans certains protocoles, les participants reçoivent des images, des diapositives ou des bandes vidéo d'un événement, puis sont invitées à rappeler l'événement. Lorsqu'ils reçoivent des indices ou des suggestions, ils font souvent des erreurs concernant les détails périphériques des événements. Cependant, malgré la preuve que le contenu de la mémoire peut être influencé par la suggestion, l'excitation émotionnelle et la signification personnelle, l'essentiel de la recherche sur la mémoire confirme en réalité l'exactitude de la mémoire pour les composantes centrales des événements significatifs (12).

On a également prouvé qu'il peut exister des souvenirs d'événements qui ne se sont pas produits. Une pseudo-histoire personnelle bien connue a été décrite par Piaget, le célèbre théoricien suisse du développement cognitif de l'enfance (13). Pendant son enfance, Piaget a eu pendant de nombreuses années un souvenir visuel de quelqu'un qui tentait de l'enlever de sa poussette à l'âge de 2 ans ; la nounou aurait chassé le kidnappeur potentiel, puis serait rentrée à la maison et aurait parlé de l'incident à la famille. Des années plus tard, alors que Piaget avait 15 ans, la nourrice est retournée voir la famille Piaget et a avoué que l'incident n'avait jamais eu lieu. Elle l'avait raconté dans le but d'améliorer sa position dans la maison, mais elle avait ensuite souffert de la culpabilité liée à son mensonge et à la montre qu'elle avait reçue en récompense.

L'expérience de Piaget suggère que les personnes peuvent créer des pseudo-souvenirs d'événements qui n'ont jamais réellement eu lieu, surtout après avoir été informés de tels « événements » par des individus de confiance. Les souvenirs peuvent sembler valables, et les personnes peuvent ne pas se souvenir de la véritable source de l'information (soi-disant source d'amnésie). Dans des protocoles expérimentaux avec des étudiants, les chercheurs ont donné des indices sur des événements réels (à partir d'informations fournies par les parents) et de faux événements de l'enfance, et ont demandé aux participantes de décrire ces événements (14). Au cours de trois entrevues, environ 6% des participants ont relaté des pseudo-souvenirs de faux événements. Dans un protocole similaire, jusqu'à 25% des participants ont développé des pseudo-souvenirs si on leur demandait d'imaginer les faux événements

en détail (15). Ces études étayaient l'affirmation selon laquelle des pseudo-souvenirs peuvent être induits, en particulier par des suggestions répétées, des répétitions et l'utilisation d'images. Il convient toutefois de noter que seule une minorité de participantes a réagi aux indices qui leur étaient donnés en se souvenant de faux événements, ce qui suggère que certaines personnes peuvent être plus vulnérables que d'autres à la création de pseudo-souvenirs. Ou, inversement, 75% à 94% des participantes semblaient être résistants au développement de pseudo-souvenirs.

En réponse aux démonstrations expérimentales de la malléabilité de la mémoire, certains chercheurs ont émis l'hypothèse que la mémoire d'événements traumatiques bien réels est différente de la mémoire des expériences de la vie courante ou en laboratoire. Par exemple, les chercheurs (16-19) ont suggéré que les souvenirs traumatiques sont séparés et stockés en dehors de la mémoire narrative ordinaire et qu'ils sont donc moins sujets à la survenue de modifications en réponse à de nouvelles expériences. Contrairement aux mémoires narratives qui sont intégratives, malléables et ajustées dans les schémas cognitifs personnels de l'individu, les souvenirs traumatiques sont dits inflexibles, non narratifs, automatiques, déclenchés et déconnectés de l'expérience ordinaire. Cette non-intégration est considérée comme la base du fait que la mémorisation comportementale, la sensation somatique ou les images intrusives sont déconnectées de la mémoire verbale consciente. Du fait que les souvenirs traumatiques ne sont pas assimilés, ils conservent leur force originelle, « oubliés et donc inoubliables » (19). Alors que la mémoire narrative ordinaire est dynamique et qu'elle se modifie et se dégrade au fil du temps, la mémoire traumatique a été décrite comme « indélébile » (20).

La recherche clinique a généralement validé les concepts d'amnésie dissociative et de mémoire retrouvée par rapport aux événements traumatiques. En clinique les chercheurs ont trouvé des taux relativement élevés d'amnésie autodéclarée de violences sexuelles subies dans l'enfance (19% -62%) dans des populations de patients traitées pour des états liés au traumatisme (21-24). De plus, ces études suggèrent que l'incidence de l'amnésie est fortement corrélée avec la survenue précoce des violences, leur chronicité et leur gravité (par exemple, violence, auteurs multiples, blessures physiques, peur de la mort). Les enquêtes

TABLE 1. Amnesia for Childhood Abuse in Relation to Dissociative Experiences Scale Scores for 90 Women Treated in an Inpatient Unit for Posttraumatic and Dissociative Disorders

Type of Childhood Abuse	No Amnesia			Partial Amnesia			Complete Amnesia			Total Group		
	N	Score		N	Score		N	Score		N	Score	
		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD
Physical abuse	31	30.2	17.7	24	42.0	22.3	20	50.9	19.8	75	39.6	21.3
Sexual abuse	30	29.5	17.6	19	48.8	18.8	25	42.1	23.1	74	38.9	21.5
Witness to abuse	34	29.6	17.3	17	43.1	22.8	13	61.9	16.4	64	40.6	22.5

de Terr sur des enfants traumatisés ont également démontré qu'il existe des effets différents selon la chronicité des violences (25-27). Les enfants qui ont vécu un traumatisme limité et circonscrit ont une hypermnésie - « des récits clairs et détaillés de leurs expériences [qui] permettent de conclure que ces souvenirs restent vivants d'une manière très spéciale » (27, p.14). En revanche, les enfants chroniquement traumatisés démontrent une amnésie étendue. Terr note que ce type de traumatisme chronique entraîne une variété de symptômes: « déni massif, répression, dissociation, auto-anesthésie, auto-hypnose, identification avec l'agresseur et agression contre soi-même » (27, p. 15). Cela peut modifier considérablement la remémoration ultérieure. Ainsi, les patients chroniquement traumatisés sont les plus susceptibles de souffrir d'amnésie, mais, étant donné leurs niveaux de déni et de défenses dissociatives, ces patients peuvent aussi être les plus sujets aux distorsions et aux erreurs de remémoration.

La présente étude a examiné à la fois la nature et la validité de la mémoire traumatique des maltraitances infantiles. Les violences physique autodéclarées, les violences sexuelles, et le fait d'avoir été témoin de violences ainsi que les paramètres ayant entouré les violences ont été examinés en relation avec les symptômes dissociatifs et l'amnésie. Nous avons cherché à reproduire les conclusions selon lesquelles les violences physiques et sexuelles dans l'enfance seraient en relation avec à des niveaux élevés de symptômes dissociatifs (28-30), et nous avons supposé qu'un âge précoce et une fréquence plus élevée des violences seraient corrélés avec des niveaux plus élevés de symptômes dissociatifs, incluant l'amnésie. Nous avons examiné la mémoire retrouvée suite à l'amnésie des violences, en particulier en ce qui concerne les circonstances de récupération de la mémoire, le rôle de la suggestion dans la remémoration, et l'existence de preuves physiques ou de confirmation verbale pour valider l'exactitude des souvenirs.

MÉTHODE

Les participantes à cette étude ont été recrutées parmi des patientes hospitalisées âgées de 18 à 60 ans dans un hôpital d'enseignement psychiatrique. Toutes les patientes admises consécutivement dans une unité spécialisée dans le traitement des troubles post-traumatiques et dissociatifs ont été considérées comme pouvant être incluses dans l'étude. Les raisons de l'admission étaient variées ; bien que certaines patientes aient été admises avec des niveaux élevés de symptômes post-traumatiques ou dissociatifs, d'autres avaient des difficultés non spécifiques telles que des impulsions suicidaires ou une impotence fonctionnelle. Les patientes avec un diagnostic de psychose (par exemple schizophrénie ou trouble de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques) ou un syndrome cérébral organique ont été exclues de l'étude. Sur 179 patientes répondant aux critères d'inclusion, 31 sont sorties de l'hôpital avant d'avoir pu être intégrées dans l'étude. Sur les 148 restantes, 109 (74%) ont accepté de participer, 21 (14%) ont refusé, et pour 18 (12%) d'entre elles leur praticien traitant a pensé que leurs symptômes rendaient leur participation inappropriée. Les patientes qui ont refusé de participer ont généralement indiqué qu'elles trouvaient le sujet de l'étude trop bouleversant pour elles. Les cliniciens traitant les personnes jugées inappropriées pour l'étude ont généralement cité des symptômes très instables, tels que des symptômes sévères post-traumatiques ou dissociatifs, ou un faible contrôle de leurs impulsions. Après avoir eu une description complète des procédures d'étude, les participantes ont donné leur consentement éclairé écrit. Parmi les 109 participantes potentielles, 13 ont été incapables de compléter le protocole de recherche et 6 ont fourni des données très incomplètes, et ont été retirées de l'étude, laissant 90 participantes. Toutes les participantes n'ont pas répondu à toutes les questions de recherche. Dans ces cas, les pourcentages sont rapportés par rapport au nombre de participantes qui ont répondu à cette question particulière.

L'âge moyen des participantes était de 34,9 ans (écart-type = 8,8). Soixante-dix-neuf (88%) étaient de type caucasien. Quarante-cinq (50%) n'avaient jamais été mariées, 19 (21%) étaient mariées ou vivaient avec un partenaire et 26 (29%) étaient séparées, divorcées ou veuves. La plupart (73%, 51 des 70 réponses) avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 \$. Soixante-six (73%) avaient fait des études au-delà du secondaire, et presque toutes (94%, 84 des 89

TABLE 2. Amnesia for Childhood Abuse in Relation to Age at Onset of Abuse for 90 Women Treated in an Inpatient Unit for Post-traumatic and Dissociative Disorders

Type of Childhood Abuse	No Amnesia			Partial Amnesia			Complete Amnesia		
	N	Age (years)		N	Age (years)		N	Age (years)	
		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD
Physical abuse	31	6.6	4.1	24	4.7	2.9	20	3.8	2.8
Sexual abuse	30	9.1	3.6	19	4.9	3.2	25	4.3	3.1
Witness to abuse	34	6.5	3.8	17	4.8	2.7	13	6.2	3.1

TABLE 3. Dissociative Experiences Scale Scores in Relation to Frequency of Childhood Abuse for 90 Women Treated in an Inpatient Unit for Posttraumatic and Dissociative Disorders

Type of Childhood Abuse	No Episodes			1-9 Episodes			10-100 Episodes			More Than 100 Episodes		
	N	Score		N	Score		N	Score		N	Score	
		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD
Physical abuse	11	30.3	27.9	12	34.0	16.6	25	36.5	17.2	34	42.8	25.1
Sexual abuse	11	26.7	30.2	11	32.3	18.0	28	34.5	17.3	31	47.8	21.7
Witness to abuse	18	28.3	19.6	12	39.5	21.3	25	41.5	20.9	26	39.7	25.1

TABLE 4. Circumstances Surrounding First Recollection of Childhood Abuse for 38 Women Who Reported Complete Amnesia

Recollection Characteristic	Physical Abuse (N=20)	Sexual Abuse (N=25)	Witness to Abuse (N=13)
Where recollection occurred			
Home	11	12	3
Work	1	1	0
Therapy	1	2	2
Do not know	1	1	3
Other	6	9	5
With whom recollection occurred			
Alone	11	13	3
Family member or friend	6	2	0
Therapist	1	1	1
Do not know	1	2	1
Other	1	7	8
State of consciousness			
Awake	18	22	11
Dreaming	0	1	0
Hypnosis	1	1	0
Do not know	1	1	2
Other	0	0	0
Whether recollection occurred in treatment			
Yes	8	7	6
No	9	12	2
Do not know	3	6	5

réponses) exerçaient habituellement une profession, avaient travaillé dans le passé ou étaient étudiantes. Cependant, une majorité (64%) ont déclaré être actuellement handicapées ou sans emploi.

Les participantes ont rempli deux instruments d'auto-évaluation : l'*Échelle d'expériences dissociatives* (31-33), un questionnaire de 28 items avec une validité et une fiabilité établies qui mesure la prévalence des symptômes dissociatifs, et une révision du questionnaire *Expériences de la vie* (28, 29, 34) qui rassemble des informations détaillées sur les expériences traumatiques dans l'enfance. Les réponses au questionnaire *Expériences de la vie* ont été considérées comme révélatrices de mauvais traitements infligés aux enfants quand les participantes ont déclaré avoir été « frappées très fort,

renversées, blessées, poignardées ou jetées à terre » avant l'âge de 16 ans (violences physiques); avaient été « poussées contre leur volonté à un contact forcé avec les parties sexuelles de leur corps ou du corps d'un.e agresseur.se » (violences sexuelles); ou avait vu « quelqu'un blessé dans une bagarre ou l'objet une activité sexuelle forcée » (témoin de violences).

Chaque participante a subi une entrevue structurée où on lui a demandé si elle avait eu une amnésie pour des expériences traumatiques de l'enfance mémorées depuis. L'intervieweur (B.L.G. ou L.M.F.) n'était pas impliqué dans les soins cliniques des patientes de l'étude. Les participantes étaient considérées comme ayant eu une amnésie complète s'il y avait eu une période durant laquelle elles «ne s'étaient pas souvenues du tout que cette expérience [traumatisante] s'était produite» et étaient considérées comme ayant eu une amnésie partielle s'il y avait eu une période durant laquelle elles «ne se souvenaient pas de parties significatives de cette expérience [traumatique] ». Les participantes qui ont rapporté une période d'amnésie complète ont été interrogées sur les circonstances de la première remémoration, y compris où (par exemple, la maison, le travail, la thérapie), avec qui (seul ou avec d'autres), dans quel état de conscience (par exemple éveillée, en rêve, en état d'hypnose), et si elles étaient en psychothérapie ou bien coachées pendant cette période de leur vie. On a demandé aux participantes si la possibilité de violences antérieures leur avait été suggérée avant le premier souvenir récupéré (« Avant de vous souvenir d'avoir été blessé / de voir les autres blessés, quelqu'un vous a-t-il suggéré que cela a pu se produire ») On a également demandé aux participantes si elles avaient demandé ou obtenu des renseignements verbaux (« Avez-vous eu confirmation de ces événements ?») ou si elles avaient des preuves physiques (par exemple cicatrices de blessures, dossiers médicaux ou autres documents tels que photos, journaux, lettres) qui puissent valider la sur-

venue de violences précédemment « oubliées » et remémorées par la suite.

Les réponses des participantes au questionnaire *Expériences de la vie* ont été analysées pour déterminer les taux de chaque type de violences, l'âge de leur début, et leur fréquence. Pour la plupart des données, des statistiques non paramétriques ont été utilisées, étant donné le type des données et la distribution non normalisée des scores de l'*Échelle d'expériences dissociatives*. Les tests de Kruskal-Wallis ont été utilisés pour comparer les scores de l'*Échelle d'expériences dissociatives* selon les niveaux d'amnésie, pour chaque type de violences. De plus, le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour tester les différences dans les scores de l'*Échelle d'expériences dissociatives* (entre les types de violences) pour comparer les niveaux de fréquence des violences et les niveaux d'amnésie. Les coefficients de corrélation de Spearman (bilatéraux) ont été utilisés pour évaluer si l'âge au début des violences était corrélé avec le degré d'amnésie, et pour examiner la relation entre l'âge du début des violences et les scores de l'*Échelle d'expériences dissociatives*.

RÉSULTATS

Violences dans l'enfance autodéclarées : relation avec les symptômes dissociatifs et l'amnésie

Étant donné que ce groupe (N = 90) venait d'une unité de traitement de troubles post-traumatiques et de troubles dissociatifs, la majorité des participantes ont rapporté un niveau élevé de violences subies durant l'enfance. Soixante-quinze (83%) ont signalé des violences physiques, 74 (82%) ont signalé des violences sexuelles et 64 (71%) ont déclaré avoir été témoins de violence. Quelle que soit la forme de violence subie, les participantes ont également rapporté un taux important d'amnésie partielle et complète, et des scores élevés sur l'*Échelle des troubles dissociatifs*, scores compatibles avec un état de stress post-traumatique ou PTSD (scores médians supérieurs à 31,3 trouvés pour les patients atteints de PTSD par Bernstein et Putnam [31]). Parmi les participantes signalant des violences physiques, l'analyse des scores obtenus sur l'*Échelle des troubles dissociatifs* a montré des différences significatives en fonction des niveaux d'amnésie pour les événements traumatiques ($\chi^2 = 11.50$, $df = 2$, $p = 0.003$). Des différences significatives en fonction des niveaux d'amnésie ont également été obtenues pour les groupes rapportant des violences sexuelles ($\chi^2 = 9,18$, $df = 2$, $p = 0,01$) et ayant été témoin de violences ($\chi^2 = 19,15$, $df = 2$, $p = 0,0001$).

Le début des violences physiques, sexuelles ou de l'exposition aux violences en tant que témoin était généralement pré-

TABLE 6. Corroboration of Childhood Abuse Memories for 38 Women Who Reported Complete Amnesia

Type of Childhood Abuse	Attempted to Corroborate Memories					
	No	Total	Yes			
			Physical Evidence		Verbal Validation	
		Yes	No	Yes	No	
Physical abuse	6	14	5	9	13	1
Sexual abuse	6	19	5	14	17	2
Witness to abuse	7	6	3	3	3	3

coce, dans l'enfance et avant l'adolescence (tableau 2). L'âge plus précoce du début était corrélé avec un degré plus élevé d'amnésie pour les violences physique (Spearman $r = -0,39$, $N = 73$, $p = 0,001$) et sexuelles (Spearman $r = -0,55$, $N = 73$, $p < 0,001$), mais il n'existait qu'une tendance pour les témoins de violences (Spearman $r = -0,08$, $N = 62$, $p = 0,55$, ns). L'âge précoce du début était également corrélé avec des scores plus élevés sur l'*Échelle des troubles dissociatifs* pour les violences physique (Spearman $r = -0,27$, $N = 68$, $p = 0,03$) et sexuelles (Spearman $r = -0,48$, $N = 67$, $p < 0,001$) mais était seulement faiblement associé au fait d'avoir été témoin de violences (Spearman $r = -0,09$, $N = 56$, $p = 0,53$, ns).

L'analyse des scores moyens sur l'*Échelle des troubles dissociatifs* a montré une nette tendance vers des scores plus élevés lorsque les épisodes de violences avaient été plus fréquents (tableau 3), bien que toutes les différences ne soient pas statistiquement significatives. Seuls les participantes ayant subi des violences sexuelles très fréquentes (plus de 100 épisodes) présentaient des niveaux de dissociation significativement plus élevés que les participantes ayant subi peu ou pas de violences (moins de 10 épisodes) (Mann-Whitney $z = -2.13$, $N = 42$, $p = 0,03$).

Circonstances concernant la mémoire retrouvée, la suggestion et la corroboration des violences chez les enfants

La plupart des participantes qui ont rapporté une amnésie complète des violences physiques ou sexuelles subies ont eu leur première remémoration des violences alors qu'elles étaient seules et chez elles (tableau 4). Peu de participantes (seulement une ou deux pour chaque type de violences) ont déclaré s'être rappelées les violences lors d'une séance de thérapie. Presque toutes étaient éveillées et l'hypnose était un facteur pour une seule participante. Beaucoup de participantes (au moins 45% pour violences sexuelles, 48% pour violences physiques, et 15% pour avoir été témoins de violences) n'étaient impliquées dans

TABLE 5. Role of Suggestion in Recovered Memory of Childhood Abuse for 38 Women Who Reported Complete Amnesia

Type of Childhood Abuse	N	Suggestion Had a Role		
		Yes	No	Do Not Know
Physical abuse	20	2	17	1
Sexual abuse	25	4	21	0
Witness to abuse	13	0	11	2

aucun type de traitement psychologique ou de coaching quand elles ont retrouvé des souvenirs d'expériences traumatiques.

Les participantes qui ont rapporté une période d'amnésie complète pour des épisodes de violences durant l'enfance ont été interrogées sur le rôle de la suggestion dans le rétablissement de leur mémoire. Comme le montre le tableau 5, la grande majorité des participantes ayant subi tous les types de violences ne se souvenaient d'aucune suggestion manifeste avant le premier souvenir récupéré.

La majorité des participantes qui ont rapporté une période d'amnésie complète pour des épisodes de violences durant l'enfance ont tenté de corroborer leurs souvenirs retrouvés. Comme le montre le tableau 6, parmi celles qui ont tenté de corroborer leurs souvenirs plus de la moitié ont retrouvé des preuves physiques des violences (par exemple, des cicatrices de blessures physiques, des dossiers médicaux). Les taux de confirmation verbale pour le groupe de participantes ayant une amnésie complète qui ont tenté de corroborer leurs souvenirs était remarquablement élevé pour les violences physiques (93%) et pour les violences sexuelles (89%). La moitié des participantes atteintes d'amnésie complète qui cherchaient à confirmer qu'elles avaient été témoin de violences ont été en mesure de trouver une corroboration.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les taux élevés de violences physiques et sexuelles dans cette étude sont similaires à ceux d'autres études cliniques chez des patients ayant des troubles post-traumatiques et dissociatifs (21, 22, 29). Les violences survenues dans l'enfance sont associées à des niveaux plus importants de dissociation. L'âge précoce du début était corrélé avec des symptômes dissociatifs plus importants et avec des niveaux plus élevés d'amnésie pour les violences physiques et sexuelles. Les violences sexuelles répétées et fréquentes étaient corrélées avec des niveaux plus importants de dissociation. Ces résultats paraissent tout à fait valides, puisque la capacité

dissociative est considérée comme plus importante chez les jeunes enfants (35, 36), et on sait que la violence chronique peut entraîner l'utilisation persistante de défenses dissociatives - y compris l'amnésie - à l'âge adulte. Plusieurs des résultats de cette étude concordent avec d'autres études concernant la dissociation liée aux violences physiques et sexuelles (28, 30), la dissociation liée aux circonstances des violences sexuelles (29) et l'amnésie chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance (21, 22).

Il semble y avoir un sous-ensemble particulier de patientes ayant subi des violences sévères et chroniques, avec des taux élevés d'amnésie. Les descriptions d'expériences amnésiques rapportées par plusieurs de nos participantes sont d'un grand intérêt. Pour la plupart, ces participantes ont perdu la mémoire pendant des périodes entières de leur vie - ne se souvenant ni d'événements traumatisants ni d'expériences neutres ou positives. Ces descriptions sont étonnamment similaires à l'observation de Terr, selon laquelle les enfants chroniquement traumatisés « peuvent oublier des segments entiers de l'enfance, de la naissance à 9 ans, par exemple » (27, p.17). Ces études suggèrent également que le mécanisme sous-jacent à ce type d'amnésie n'est peut-être pas la répression d'expériences insupportables ou l'inattention sélective à des événements néfastes. L'incapacité totale d'intégrer des périodes entières de sa propre enfance est compatible avec l'hypothèse que des expériences traumatiques intenses et chroniques peuvent conduire à des changements profonds dans les mécanismes de traitement et de stockage de l'information. Ainsi, la mémoire traumatique peut être différente de la mémoire ordinaire. Ce modèle est également cohérent avec le concept de dissociation dans lequel différents contenus mentaux existent dans différents états séparés les uns des autres.

Un certain nombre de participantes ont signalé des violences durant l'enfance - y compris de multiples types de violences, des violences répétées et des violences ayant commencé à un âge précoce - tout en ayant des niveaux relativement faibles d'expériences dissociatives et d'amnésie. Il est possible que ce groupe de participantes ait effectivement eu une amnésie mais n'ait pas encore retrouvé des souvenirs de violences. Cependant, une analyse récente de Putnam et al. (37) suggère que dans les populations cliniques traumatisées, il existe des sous-ensembles de patients à forte dissociation et de patients avec une dissociation faible. Ainsi, le sous-groupe de

participantes ayant subi des violences significatives, mais ayant relativement peu de symptômes dissociation et aucune amnésie, peut représenter un groupe avec de faibles capacités dissociatives. La susceptibilité différentielle au développement de symptômes dissociatifs peut aussi expliquer les écarts-types importants sur l'*Échelle des troubles dissociatifs* que nous avons trouvés dans plusieurs catégories. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour aider à déterminer quels sont les facteurs associés à la capacité dissociative, tels que les caractéristiques innées ou les circonstances environnementales.

Nos résultats concernant le souvenir des violences suggèrent que la récupération de la mémoire n'est généralement pas directement liée à la participation à une psychothérapie. Comme on pouvait s'y attendre vu l'importance de leurs symptômes, un nombre important de nos participantes suivaient un traitement au cours de la période où elles ont commencé à se souvenir des violences. Si la thérapie avait été un facteur causal primaire dans la production de ces souvenirs, on pourrait s'attendre à ce que beaucoup d'entre elles aient eu leurs premiers souvenirs lors de sessions de thérapie. Cependant la plupart des participantes ont signalé qu'elles ont commencé à se souvenir des violences chez elles lorsqu'elles étaient seules, en famille ou avec des amis et non lors de séances de thérapie. La plupart des participantes ont également nié que l'existence de violences leur ait été suggérée, bien qu'une suggestion subtile (par exemple, l'accent mis sur certains sujets, le ton de la voix, les hochements de tête, etc.) n'ait peut-être pas été perçue comme telle.

Beaucoup de participantes ayant eu une amnésie complète ont fait des tentatives pour corroborer leurs souvenirs retrouvés. Presque toutes les participantes qui ont signalé des violences physiques et sexuelles et qui ont tenté de les corroborer ont pu les vérifier d'une façon ou d'une autre. Le pourcentage de faits corroborés (89%), chez des participantes ayant eu une amnésie complète des violences sexuelles et qui ont tenté de confirmer les violences, est similaire à celui rapporté par Herman et Schatzow (83%) (22) dans une population de patients traités pour des difficultés liées à des violences sexuelles. Il convient de noter, cependant, que même si les participantes à cette étude ont été interrogées sur la corroboration des souvenirs retrouvés, certaines peuvent avoir rapporté leurs tentatives de valider des expériences dont elles s'étaient toujours souvenues. Néanmoins,

ce niveau de corroboration est remarquablement élevé étant donné que beaucoup de violences ne laissent aucune cicatrice physique et que la maltraitance des enfants se produit presque toujours dans le plus grand secret. Au minimum, nos données soutiennent la validité d'un certain nombre de souvenirs retrouvés de violences dans l'enfance. En particulier, nos critères de confirmation étaient relativement rigoureux, demandant une confirmation indépendante réelle plutôt que le simple fait que quelqu'un d'autre pense que les violences auraient pu se produire.

Les résultats de cette étude vont à l'encontre de la notion selon laquelle la plupart des récits de violences subies pendant l'enfance sont des pseudo-souvenirs. De plus, les souvenirs retrouvés lors de thérapie ne sont pas nécessairement suspects. Dans l'étude de Kluft portant sur 34 patients ayant un trouble de l'identité dissociatif (38), 68% des 19 patients qui ont pu confirmer leurs souvenirs de violences les ont d'abord retrouvés lors d'une thérapie. De plus, beaucoup de ces patients ont retrouvé des souvenirs lors d'une thérapie utilisant des techniques d'hypnose. Trois patients ont également été en mesure d'invalider les souvenirs, et deux patients avaient à la fois des souvenirs de violences validés et des pseudo-souvenirs. Ces résultats suggèrent que ni la psychothérapie ni l'hypnose, en soi, ne sont des traitements qui encouragent les pseudo-remémorations et que tous les souvenirs doivent être considérés de manière critique dans le cadre thérapeutique et soumis à une évaluation clinique quant à leur validité. Cependant, nos résultats n'excluent pas la possibilité de la création de pseudo-remémorations résultant de pratiques thérapeutiques totalement inappropriées. Il est intéressant de noter qu'un très petit nombre de participantes à notre étude se sont souvenues des violences pendant les séances de thérapie, qu'elles aient utilisé l'hypnose, qu'elles aient reçu des suggestions et / ou qu'elles n'aient trouvé aucune corroboration de leurs souvenirs de violences. Certaines des participantes de ce groupe pourraient être des patientes ayant développé des pseudo-souvenirs de leur traumatisme. Malheureusement, dans cette étude, ce groupe était trop petit pour être analysé. Cependant, des populations similaires devraient faire l'objet d'une enquête plus approfondie afin de déterminer si elles diffèrent d'une façon ou d'une autre de celles ayant retrouvé des souvenirs de violences apparemment valides.

Cette étude a des limites qu'il faut noter. La principale limite méthodologique est l'utilisation de l'auto-évaluation rétrospective pour les souvenirs de maltraitance dans l'enfance, pour les épisodes d'amnésie et pour les circonstances dans lesquelles les souvenirs ont été retrouvés. Ces auto-déclarations étaient potentiellement sujettes à des distorsions et à des inexactitudes (par exemple, difficultés à distinguer entre différents niveaux d'amnésie, impossibilité de se rappeler avec précision le nombre d'épisodes de violences, erreurs de rappel sur la date où les souvenirs ont été retrouvés et de quelle façon). Les résultats sont également limités par le fait que les participantes étaient principalement des femmes caucasiennes. En outre, l'utilisation d'un groupe de patientes particulièrement handicapées et traitées pour des difficultés liées au traumatisme limite l'applicabilité de nos résultats à d'autres groupes de personnes moins traumatisées et moins handicapées. Dans nos analyses, les multiples types de violences signalées par de nombreuses participantes font qu'il est difficile de tirer des conclusions concernant les effets d'un type particulier de violences par rapport à d'autres. De même, cette étude n'a pas examiné le rôle de la négligence grave — qui est connue pour être omniprésente chez les enfants maltraités (39) — dans le développement de symptômes dissociatifs.

Les résultats de cette étude devraient être interprétés de façon assez restrictive, car ils ne portent que sur la relation du traumatisme précoce avec les symptômes dissociatifs subséquents et l'amnésie. Dans le domaine clinique, les enfants victimes de violences peuvent présenter d'autres difficultés primaires ; certains peuvent avoir des difficultés liées aux violences, comme un mauvais fonctionnement de l'ego ou une toxicomanie, et d'autres peuvent avoir des difficultés totalement indépendantes des expériences de l'enfance. En outre, cette étude a recruté des patientes psychiatriques hospitalisées et n'élucide donc pas les mécanismes par lesquels certaines personnes traumatisées dans l'enfance ont pu surmonter ou compenser ces expériences et avoir moins ou pas de difficultés dissociatives ou post-traumatiques. Compte tenu des limites de cette étude, les conclusions ne peuvent être considérées comme définitives. Néanmoins, dans le contexte d'une controverse continue concernant l'amnésie et les souvenirs retrouvés, cette étude fournit des preuves supplémentaires à l'appui de l'apparition d'une amnésie des

expériences traumatiques de l'enfance et de la récupération ultérieure des souvenirs.

Les participantes à cette étude ont rapporté des niveaux élevés d'amnésie, et beaucoup de leurs souvenirs retrouvés ont pu être corroborés de manière indépendante. Néanmoins, nos résultats n'excluent pas le rôle possible de la psychothérapie et de la suggestion dans la création de pseudo-souvenirs chez certains patients. Bien qu'il y ait peu de preuves que des questions directes sur les violences, puissent par elles-mêmes induire de faux souvenirs, les cliniciens doivent veiller à ne pas enquêter sur d'éventuelles violences d'une manière suggérant des réponses particulières. En particulier lorsque les souvenirs sont fragmentaires, les cliniciens doivent les considérer comme valides sur le plan psychologique, mais doivent éviter de tirer des conclusions prématurées sur la survenue antérieure d'un traumatisme sans preuves suffisantes. Lorsque la mémoire récupérée commence à remplacer l'amnésie, les cliniciens doivent être ouverts à la possibilité de violences réelles, mais doivent permettre aux patients de reconstituer — sans suggestion une histoire personnelle crédible qui corresponde aux symptômes passés et actuels.

RÉFÉRENCES

1. Eriksen C: Defense against ego threat in memory and perception. *J Abnorm Soc Psychol* 1952; 3:253-256
2. Eriksen C: Individual differences in defensive forgetting. *J Exp Psychol* 1953; 44:442-443 Crossref
3. Tudor TG, Holmes DS: Differential recall of successes and failures. *J Res Personality* 1973; 7:208-224 Crossref
4. Christianson S-Å, Loftus EF: Memory for traumatic events. *Applied Cognitive Psychol* 1987; 1:225-239 Crossref
5. Kramer TH, Buckhout R, Fox P, Widman E, Tusche B: Effects of stress on recall. *Applied Cognitive Psychol* 1991; 5:483-488 Crossref
6. Christianson S-Å, Loftus EF: Remembering emotional events: the fate of detailed information. *Mem Cognit* 1991; 5:81-108
7. Holmes DS: Evidence for repression: an examination of 60 years of research, in *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*. Edited by Singer J. Chicago, University of Chicago Press, 1990, pp 85-102
8. Loftus EF, Korf NL, Schooler JW: Misguided memories: sincere distortions of reality, in *Credibility Assessment*. Edited by Yuille JC. Norwell, Mass, Kluwer Academic, 1989, pp 155-173
9. Loftus E: Reacting to blatantly contradictory information. *Mem Cognit* 1979; 7:368-374 Crossref
10. Schooler J, Gerhard E, Loftus E: Qualities of the unreal. *J Exp Psychol* 1986; 12:171-181
11. Schumaker JF (ed): *Human Suggestibility: Advances in Theory, Research, and Application*. New York, Routledge, 1991

12. Chu JA, Matthews JA, Frey LM, Ganzel B: The nature of traumatic memories of childhood abuse. *Dissociation* 1996; 9:2-17
13. Piaget J: *Plays, Dreams and Imitation in Childhood*. New York, WW Norton, 1962
14. Hyman IE, Pentland J: The role of mental imagery in the creation of false childhood memories. *J Memory and Language* 1992; 35:101-117 Crossref
15. Hyman IE, Troy TH, Billings FJ: False memories of childhood experiences. *Applied Cognitive Psychol* 1995; 9:181-197 Crossref
16. Crabtree A: Dissociation and memory: a two hundred year perspective. *Dissociation* 1992; 5:150-154
17. Kolb LC: A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *Am J Psychiatry* 1987; 144:989-995 Link
18. van der Kolk BA, Ducey CP: The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *J Trauma Stress* 1989; 2:259-274 Crossref
19. van der Kolk BA, van der Hart O: The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *Am Imago* 1991; 48:425-454
20. LeDoux JE: Emotion as memory: anatomical systems underlying indelible neural traces, in *The Handbook of Emotion and Memory*. Edited by Christianson S-Å. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1992, pp 289-297
21. Briere J, Conte J: Self-reported amnesia in adults molested as children. *J Trauma Stress* 1993; 6:21-31 Crossref
22. Herman JL, Schatzow E: Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanal Psychol* 1987; 4:1-4 Crossref
23. Loftus EF, Polonsky S, Fullilove MT: Memories of childhood sexual abuse. *Psychol Women Q* 1994; 18:64-84 Crossref
24. Williams LM: Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62:1167-1176
25. Terr L: Remembered images of psychic trauma. *Psychoanal Study Child* 1985; 40:493-533 Medline
26. Terr L: What happens to memories of early childhood trauma? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:96-104
27. Terr LC: Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148:10-20 Link
28. Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147:887-892 Link
29. Kirby JS, Chu JA, Dill DL: Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Compr Psychiatry* 1993; 34:250-263 Crossref
30. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J: Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1037-1042
31. Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174:727-735 Crossref, Medline
32. Loewenstein RJ, Putnam FW: A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizures, MPD, and post-traumatic stress disorder. *Dissociation* 1988; 1:17-23
33. Ross CA, Norton GR, Anderson G: The Dissociative Experiences Scale: a replication study. *Dissociation* 1988; 1:21-32
34. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1426-1430
35. Ross CA, Ryan L, Anderson G, Ross D, Hardy L: Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation* 1989; 2:239-242
36. Ross CA, Joshi S, Currie R: Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1547-1552
37. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, Bowman ES, Coons P, Chu JA, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG: Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:673-679 Crossref, Medline
38. Kluft RP: The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in dissociative identity disorder patients: a naturalistic study. *Dissociation* 1995; 4:253-258
39. US Department of Public Health, Administration for Children and Families, National Center on Child Abuse and Neglect: *The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Washington, DC, US Government Printing Office, 1996

Présenté en partie à Trauma and Memory : une conférence internationale de recherche, Durham, N.H., 28 juillet 1996. Reçu le 5 janvier 1998; révision reçue le 14 septembre 1998; accepté le 19 novembre 1998.
De l'Hôpital McLean et du Département de psychiatrie de la Harvard Medical School de Boston.