

Revue de la littérature

Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature[☆]

Dissociation and violent behavior: A review

Jérémie Vandevoorde (Docteur en psychologie, psychologue clinicien)^{a,*},
Peggy Le Borgne (Psychologue clinicienne)^b

^a Laboratoire IPSé, UFR SPSE, université de Paris-Ouest Nanterre-La Défense, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre, France

^b Hôpital René-Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, 95300 Pontoise, France

Reçu le 4 mars 2014

Résumé

Objectifs. – L'article propose de faire le point sur le concept de dissociation, de dégager les données scientifiques les plus saillantes qui lui sont inhérentes, de proposer un panorama des différentes modélisations et de comprendre la fonction de ce processus dans le cadre du passage à l'acte violent.

Méthode. – Les auteurs passent en revue l'historique et les différentes utilisations taxonomiques du concept de dissociation. Ils présentent les apports théoriques issus de l'hypnose, du traumatisme, de la neurobiologie, des neurosciences et des modèles cognitifs. Ils proposent, en s'étayant sur des recherches empiriques et des observations cliniques, d'articuler les phénomènes dissociatifs et les mécanismes de certains passages à l'acte violent.

Résultats. – La littérature propose de concevoir la dissociation comme une altération de l'état de conscience ou bien une rupture entre la mémoire, la perception, la conscience et l'identité, ou bien comme un mécanisme phylogénétique de *coping* permettant à l'être humain de se protéger face à des émotions intolérables. Le processus consiste à provoquer une déviation subjective du sentiment de soi ou un jeu de bascule entre divers état de conscience. Plusieurs observations cliniques et plusieurs études empiriques soulignent le lien entre la dissociation et certains passages à l'acte violents comme le suicide ou l'homicide.

Discussion. – Les épisodes dissociatifs peuvent induire une variation de l'activité psychologique : la hausse d'un sentiment d'irréalité, l'accroissement d'un sentiment narcissique, une immersion oniroïde, une mise à

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Vandevoorde J, Le Borgne P. Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature. *Evol Psychiatr* 2015;80(1): pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : je.vandevoorde@free.fr (J. Vandevoorde).

distance du sujet et de ses actes par l'amnésie, une modification des signaux sensoriels, une altération de l'activité préfrontale et de la régulation des fonctions exécutives, un phénomène de confusion émotionnelle, une baisse de la peur et des freins moraux, l'utilisation d'un mode moteur automatique, une perte du sens de l'agentivité. Ces éléments sont essentiels pour comprendre le déclenchement de la motricité agressive.

Conclusions. – La dissociation est un concept psychopathologique opérant qui désigne divers processus psychologiques articulés à l'état de conscience, l'activité émotionnelle, l'activité fantasmatique, le comportement de l'individu. De nombreuses recherches restent à mener pour distinguer les différents types de dissociation et leurs particularités.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dissociation ; Passage à l'acte ; Suicide ; Traumatisme ; Hypnose ; Dépersonnalisation ; Violence ; Identité ; Revue de la littérature

Abstract

Objectives. – The article suggests reviewing the concept of dissociation, clearing the most striking scientific data which are inherent to it, to propose a panorama of the various models and to understand the function of this process within the framework of violent behaviour.

Method. – The authors review the history and the various taxonomic uses of the concept of dissociation. They present the theoretical contributions stemming from hypnosis, from trauma, from neurobiology, from neurosciences and from cognitive models. Relying on empirical research and clinical observations, they suggest articulating the dissociative phenomena with the mechanisms of certain violent behaviour.

Results. – The literature suggests conceiving the dissociation as a change of the state of consciousness, either a break between the memory, the perception, the consciousness and the identity, or as a phylogenetic mechanism of coping allowing the human being to protect itself when faced with unbearable feelings. The process consists in provoking a subjective deviation of the feeling of oneself or a game of balancing between diverse states of consciousness. Several clinical observations and empirical studies have underlined the link between the dissociation and certain violent behaviour such as suicide or homicide.

Discussion. – The dissociative episodes can lead to a variation in the psychological activity: the increase in a feeling of unreality and a narcissistic feeling, an oneiroid immersion, a distancing of the subject and his/hers acts through amnesia, a modification in the sensory signals, a change in prefrontal activity and regulation of the executive functions, a phenomenon of emotional confusion, a decrease in fear and in moral safeguard, the use of an automatic driving mode, and a loss of the sense of the agentivity. These elements are essential to understand the release of the aggressive motricity.

Conclusions. – The dissociation is an effective psychopathological concept that indicates diverse psychological processes articulated in the state of consciousness: emotional activity, fantastical activity, and the behaviour of the individual. Numerous studies remain to be conducted in order to distinguish the various types of dissociation and their specificities.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Dissociation; Acting out; Violent behaviour; Suicide; Trauma; Hypnosis; Depersonalisation; Violence; Identity; Review

1. Les origines du concept de dissociation

La dissociation est encore aujourd'hui un concept à la fois habile et vague. Sans doute les débats sémantiques et théoriques qu'elle suscite depuis plus d'un siècle tiennent-ils en la nature

même de ce phénomène si particulier, qui tente en effet de capter d'intrigantes ruptures survenant dans l'ordre de l'être ou dans celui de la conscience. Pour Allen et Postel [1], la notion trouve son origine dans les travaux de François Leuret (1797–1851) et sa classification sur les patients « incohérents », présentant une dislocation du langage et des aberrations cliniques, et les patients « arrangeurs », perçus comme des bâtisseurs systématiques de raisonnements caractérisés par leur apparence convaincante mais aussi leur logique erronée. Dans plusieurs textes publiés dans les années 1880–1890, Azam souligne que la personnalité peut être altérée à des degrés différents et pendant des durées variables, de telle sorte que les actes d'un individu ne seraient pas les mêmes en l'absence de cette altération. Il pose les jalons de la délicate question de la responsabilité pénale dans le cas d'une altération de l'état de conscience du sujet. C'est l'époque où la société et les scientifiques se penchent sur l'hypnose, les rêves, les phénomènes médiumnique, le magnétisme.

En 1889, dans sa thèse de doctorat devenue célèbre, Pierre Janet [2] nous conte d'étranges histoires cliniques. Il remarque d'abord que, sous hypnose, il est possible de suggérer aux patients d'accomplir des actes ou d'anesthésier certains de leurs sens en deçà d'un état de conscience éveillé et vigilant ([2], p. 276). Il découvre aussi que, malgré les anesthésies, « une autre conscience » réagit aux sensations et les traite normalement. Le phénomène trouve une illustration flagrante lorsque Janet hypnotise sa patiente Lucie et fait soudainement surgir du même corps une femme nommée « Adrienne » ([2], p. 317–8). Si Lucie a les sens endormis et utilise principalement des images visuelles, Adrienne conserve toutes les sensations tactiles (Janet la pince par exemple) et se sert d'images kinesthésiques ([2], p. 319). À vrai dire, elle a même un caractère psychologique différent et se montre indocile comparée à Lucie. Janet évoque alors des « existences psychologiques simultanées » qui peuvent donner lieu à une véritable compétition de personnalités [3] ou à une lutte entre plusieurs consciences ([2] p. 426).

Quelques pages plus loin, l'exploration de la pensée janetienne nous conduit devant un cas non moins mystérieux et, hélas, peu exploité dans la littérature moderne. Mr D. est un garçon de 17 ans tourmenté, quoiqu'ayant réussi à maintenir une existence relativement calme. La veille de son arrivée à l'hôpital, il subit une intense crise d'angoisse. Il gémit, ne parvient pas à manger ni à boire et passe la nuit éveillé. Il constate que sa jambe gauche tremble constamment et échoue à apaiser cette tension motrice. Le lendemain, il se rend à son travail et s'apprête à raser un client lorsqu'il est brutalement assailli par une épouvantable envie de lui couper la gorge. Jaillit alors un violent débat intérieur pour résister à l'impériosité de ce désir. L'impulsion devient si forte qu'il se sauve en criant dans sa chambre et tente lui-même de s'entailler le cou ([2], p. 422–3). Si Janet décrit parfaitement le caractère xénopathique et la fougue de cet horrible désir, il souligne en particulier le combat titanesque mené contre le surgissement de terribles images motrices qui sont séparées du champ de la conscience et insufflent un véritable sentiment de péril. Les sujets sentent une sensation bizarre et l'ébauche d'un acte qui leur paraît étranger et incompréhensible. Janet, citant Leuret, écrit : « Son corps est une machine obéissant à une volonté qui n'est pas la sienne ». Il rapporte des phrases cliniques d'une portée spectaculaire : « C'est quelque chose qui me pousse derrière le dos, dit Mr. D., ... je voyais ma main qui se levait pour frapper, je n'ai eu que le temps de me sauver » ([2], p. 428). Pour l'auteur, c'est l'attouchement du rasoir qui a déclenché le processus chaotique, dont la pression du bras. Ces actes sont « à demi-connus » ([2], p. 428) par le sujet et peuplent une deuxième conscience, en arrière-plan de celle qui donne le sentiment d'actualité.

La notion de dissociation a par la suite été reprise par plusieurs auteurs, notamment Freud, Jung et Bleuler, avec des conceptions plus ou moins diverses. Bottéro [4] analyse le tour du monde du concept et son voyage sémantique. Il souligne notamment les difficultés de traduction, que ce soit en allemand (*Dissoziation*, *Spaltung*) ou en français (dislocation, scission, désagrégation,

dissociation). Si chez Freud, la dissociation est essentiellement liée au refoulement [5], elle apparaît chez Bleuler (1911) comme un relâchement de la structure associative pouvant conduire à une fragmentation [4]. Naît le terme de schizophrénie (schizo = séparé et phrên = esprit) qui, comme la base étymologique du terme de dissociation, souligne l'idée d'une séparation par opposition à une association. La schizophrénie se distingue partiellement des trois précédentes catégories de Kraepelin (l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde) en proposant de se définir comme un groupe syndromique marqué principalement par le relâchement des associations, l'état d'obtusion, la baisse de l'affectivité, l'ambivalence, le délire, la tendance aux hallucinations, l'autisme. Henri Ey [6] mentionne des états déstructurés de la conscience qu'il rapproche de l'hypnose et d'une fascination pour l'imaginaire. Il évoque une atmosphère hypnoïde lors de laquelle le patient est rivé aux péripéties de sa rêverie ou son délire. Selon l'auteur, la déstructuration recèle toute une gamme d'états allant de la confusion à l'hallucination, en passant par les états crépusculaires, les états de demi-clarté, le syndrome de Ganser et, d'une manière générale, tout ce qui implique une inclination à l'imagerie oniroïde perturbant le champ de la conscience ([6], p. 363, p. 476), lui-même défini comme « l'organisation du présent vécu en champ temporo-spatial de l'expérience sensible des relations du sujet avec son monde actuel » ([6], p. 364). Aujourd'hui, la dissociation connaît un renouveau et un dépoussiérage théorique en France, en partie lié aux travaux sur le traumatisme [3] et, ironie du sort, aux débats créés par les études américaines prônant l'ouverture des expériences dissociatives à d'autres classes que la schizophrénie ou la psychose dans le DSM [4,7].

2. Définition et clinique : le débat conceptuel

2.1. Sémiologie et taxinomie

À l'heure où nous écrivons ces lignes, la dissociation reste un concept à la définition convoitée. Le spectre dissociatif balaie un nombre conséquent de phénomènes, à l'image du catalogue établi par Brown [8] (Tableau 1).

À ce vaste paysage clinique, on pourrait ajouter la plupart des phénomènes hallucinatoires, l'autohypnose spontanée [9,10], les analgésies psychogènes et certains états de rêve éveillé. Naturellement, aussi intéressant soit-il, cet éventail gêne l'unité du concept et plusieurs auteurs ont tenté de restreindre son application clinico-théorique ou, du moins, de classer ces différentes composantes. Dans la littérature, on relève trois approches plus ou moins concurrentes [11,12]. La première d'entre elles consiste à concevoir la dissociation comme une altération de l'état de conscience impliquant un jeu de bascule entre divers états d'éveil et un désordre dans les sentiments existentiels. Le sujet éprouve une déconnection momentanée de lui-même et du monde qui est fréquemment accompagnée par une perte de la familiarité à l'environnement, des expériences

Tableau 1
Liste de phénomènes attachés à la notion de dissociation.

Dépersonnalisation	État crépusculaire	Amnésie psychogène	Rêve éveillé
Déréalisation	État de possession	Absorption	Hallucination
Sentiments intrusifs	Transe	Confusion identitaire	Analgésie psychogène
Flash-back	Hypnose	Syndromes médicaux inexpliqués	
Perte du contrôle moteur	Trouble de l'identité multiple		Autohypnose spontanée

Brown [8].

d'étrangeté et une sensation de flottement. Une seconde approche suggère de réserver la qualification dissociative aux processus produisant une dislocation de différents systèmes tels que la mémoire, la perception ou l'identité. On observe ici une compartimentation, une fragmentation et une démission de la volonté. La troisième proposition suppose quant à elle de modéliser la dissociation comme un mécanisme phylogénétique de *coping* (ou de défense) nous permettant de mobiliser une activité de protection face aux émotions et aux sensations intolérables. Ces trois visions de la dissociation ne sont pas exclusives l'une de l'autre mais sont imprégnées de sous-entendus épistémologiques et théoriques qui animent le débat conceptuel.

Van der Hart et al. [13], notamment, nuancent le rôle des phénomènes d'altération de l'état de conscience et préfèrent consacrer la notion de dissociation à l'évocation d'une scission de la personnalité qui, éventuellement, s'accompagnera dans un second temps d'une expérience de dépersonnalisation/déréalisation. Les symptômes dissociatifs peuvent être négatifs et refléter une perte touchant la mémoire, la motricité, la conscience somatique, les compétences, ou positifs et refléter une intrusion telle qu'une hypermnésie, une nouvelle personnalité, des flash-backs. Cette classification en symptômes positifs et négatifs se croise avec une seconde distinction triant les dissociations psychogènes impliquant la mémoire, la conscience et l'identité, de la dissociation somatoforme qui bouleverse le mouvement, la sensation et la perception. Un déficit sensoriel, perceptif ou moteur, sera par exemple nommé « dissociation somatoforme négative » tandis qu'une intrusion sensori-motrice ou affective, des distorsions corporelles ou des douleurs seront nommées « dissociation somatoforme positive. ». Les auteurs estiment, au risque de mélanger une idée étiologique à une description strictement sémiologique, que la dissociation ne doit s'appliquer qu'en référence à des phénomènes traumatiques qui sont perçus ici comme un manque d'intégration entre le système d'action quotidien et le système d'action défensif sensé parer une menace. L'être humain disposerait en effet de patterns d'action employés à absorber les effets d'un danger (hypervigilance, fuite, gel des émotions, analgésie, soumission, combat), eux-mêmes précédant un sous-système de récupération : soins des blessures, riposte à la perception d'une douleur, isolation du groupe. La dissociation serait une méthode de *coping* contre la peur, la douleur, le chagrin, la détresse qui pourrait s'enclencher et se développer sur un mode pathologique.

Parallèlement, plusieurs spécialistes se sont penchés sur l'inégalité pathologique des phénomènes dissociatifs. D'aucuns rappellent en effet que le spectre dissociatif peut être conçu en le déployant sur un continuum [8] (Fig. 1).

Holmes et al. [11] et Brown [8] recommandent une distinction phénoménologique en deux catégories qu'ils nomment respectivement « détachement » et « compartimentation » :

- la première (détachement) indique un sentiment de séparation et de brisure avec le sentiment de soi ou du monde extérieur. Elle est fréquemment associée à une sensation oniroïde ou d'irréalité et une altération des processus affectifs dans le sens d'un engourdissement émotionnel. Elle inclut les altérations de l'état de conscience comme la dépersonnalisation, la déréalisation ou les expériences de sortie du corps ;

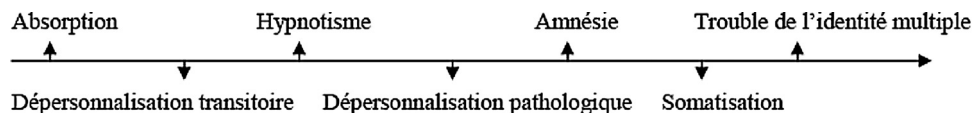


Fig. 1. Continuum du spectre dissociatif.
Selon Brown [8]

- la seconde (compartimentation) implique un déficit du contrôle délibéré des actions conjugué à une défaillance de l'accessibilité de certaines informations à la conscience. Il s'agit d'une rupture entre les fonctions. Cet aménagement concerne des phénomènes tels que l'amnésie, le trouble dissociatif de l'identité, les fugues dissociatives, les pseudo-hallucinations, les pertes de la sensibilité et la dissociation somatoforme.

Il est possible d'observer une co-occurrence entre le détachement et la compartimentation, bien que certaines études tendent à montrer une corrélation négative entre les deux [11]. Il est de même noté que toutes les dissociations ne sont pas pathologiques, en particulier l'absorption (l'absorption est un épisode lors duquel l'attention est totalement engagée dans le monde représentatif du sujet, c'est-à-dire aspiré par les vecteurs perceptifs, imaginatifs et idéationnels. L'individu éprouve une immersion intense dans son monde interne et se plonge dans les pensées et les images qui le traversent).

Les classifications psychiatriques, quant à elles, suivent ce même principe taxonomique. Pour l'APA [14], la dissociation est définie comme « une altération soudaine et temporaire des fonctions normalement intégrées concernant la conscience, l'identité, la mémoire ou la perception de l'environnement ». Malgré des similitudes, des divergences persistent entre la CIM-10 et le DSM IV (Tableau 2).

Équipés de ces classifications, plusieurs auteurs ont proposé des échelles et des questionnaires pour opérationnaliser le concept. La plus utilisée, la *Dissociative Experience scale* [15] a subi maintes analyses factorielles jusqu'à ce que ses inventeurs en viennent à considérer une sous-échelle nommée « DES-T » (pour DES-Taxon) discriminant la dissociation pathologique de celle qui ne l'est pas. L'amnésie, la dépersonnalisation et les troubles de l'identité seraient des phénomènes pathologiques, à l'inverse de tous les états mobilisant une forte participation de l'imaginaire comme l'absorption. L'étude de Modestin et Erni [16] conteste néanmoins cette classe nosologique en raison du nombre important de faux-positifs identifiés par la sous-échelle parmi les patients non dissociés.

Afin de brosser un portrait large de cette perturbation, il nous faut également mentionner quelques manifestations cliniques intrigantes et isolées [17] :

- les *phénomènes héautoscopique* sont des expériences de sorties du corps caractérisées par « une vision de soi par soi-même » ;

Tableau 2
Forme de la dissociation selon le DSM IV et la CIM-10.

DSM IV	CIM-10	
Amnésie dissociative (300.12)	Amnésie dissociative (F44.0)	Convulsions dissociatives (F44.5)
Fugue dissociative (300.13)	Fugue dissociative (F44.1)	Anesthésie dissociative et atteinte sensorielle (F44.6)
Trouble dissociatif de l'identité (300.14)	Stupeur dissociative (F44.2)	Trouble dissociatif mixte (F44.7)
Trouble de dépersonnalisation (300.6)	Etat de transe et de possession (F44.3)	Autres troubles dissociatifs (F44.8)
Trouble dissociatif non spécifié (300.15)	Trouble moteur dissociatif (F44.4)	Trouble dissociatif sans précision (F44.9)

- les *phénomènes cénesthopathiques* sont des troubles de la cénesthésie ou de l'image du corps dans lesquels le sujet ressent une transformation étrange et quasi hallucinatoire de son espace somatique ;
- le *syndrome « d'Alice aux pays des merveilles »* est la perception du sujet d'un changement dans la taille de son corps ou dans la taille des objets qu'il voit ;
- le *syndrome de Cotard*, souvent liés à des phases mélancoliques, est une idée de désanimation ou de négation du corps, parfois accompagnée d'un doute sur sa propre existence ;
- le *syndrome de Capgras* (ou syndrome d'illusion des sosies) est une méconnaissance de l'identité d'un proche alors que sa reconnaissance formelle paraît conservée. La personne qui est visuellement mais pas mentalement reconnue est accusée d'être un double, un imposteur ou un sosie ;
- le *phénomène de déjà-vu* est une impression subjective inappropriée de familiarité entre la situation présente et celle d'un passé indéfinissable ;
- le *syndrome de Ganster* consiste à répondre à des questions ou à faire des actes « à côté », décalés et comme rêvés. Henry Ey et al. [6] évoquent aussi la présence d'analgésies et d'une méconnaissance systématique de la réalité ambiante.

D'autre part, Ducongé et Chabrol [18] soulignent l'existence d'un processus inverse à celui de la dépersonnalisation qu'ils nomment « hyper-conscience » et qu'ils déclinent sous les formes d'une « hyper-personnalisation » et d'une « hyper-réalisation ». Les items opérationnalisant ce concept traduisent des sensations plus fortes et plus vives, le sentiment d'une réalité plus intense et d'être plus à l'aise avec son corps, de l'incarner profondément, et l'éprouvé d'une conscience de soi supérieure. Les sujets vivent des émotions d'hyper confort et une sorte de vision panoramique du monde et du *Dasein* plongé dans ce dernier.

Face à ces délicates incertitudes sémantiques et nosographiques, quelques chercheurs ont tenté de rassembler l'essence même de la dissociation autour d'un noyau articulant la conscience, la mémoire et le soi. Lesley [19] estime que la conscience procure le sentiment d'être. Elle fournit un répertoire de comportements et des outils d'exploration assez souples pour nous permettre d'explorer le monde en dirigeant nos conduites. Aussi, les expériences conscientes génèrent-elles non pas de simples représentations cognitives plus ou moins manipulées psychiquement, mais la représentation d'une interaction entre le soi et l'objet. Ce n'est pas le « je pense et je réfléchis sur une chose » qui rend cette chose consciente, mais plutôt le « j'interagis avec cette chose, je réagis à elle. ». Autrement dit, la conscience consiste à établir une connexion mentale entre la représentation d'un événement et la représentation de soi en train d'expérimenter cet événement. Il s'agit d'une combinaison simulée autour d'une action. Malgré le maintien d'un mécanisme d'arrière-plan qui surveille le « je » (*monitoring*), la dissociation apparaît alors comme une dégradation de l'expérience de soi en tant qu'agent d'un acte. Le sujet ne parvient pas à s'arranger avec lui-même et rate en quelque sorte le sentiment d'être le propriétaire entier de ses gestes ou de sa volonté.

Pour Kihlstrom et al. [20], l'un des invariants du phénomène dissociatif réside dans la difficulté d'accéder à une mémoire autobiographique. Saladini et Luauté [17] soulignent que la mémoire épisodique est nébuleuse, voire complètement dissimulée, en dépit du maintien efficient de l'enregistrement des informations. Kédia [12] évoque à ce titre la prévalence de l'encodage sensoriel sur l'encodage verbal lors des situations de stress. Ces éléments convergent tous vers l'hypothèse d'une assourdissante déformation du soi. Empruntant l'expression de Widlöcher, Saladini et Luauté [17] définissent la dissociation comme « un état caractérisé par une rupture de continuité de l'expérience subjective. » La dépersonnalisation, par exemple, mobilise une

désanimation (altération de la conscience du moi psychique), une désincarnation (altération de la conscience du moi corporel) et une déréalisation (altération de la conscience du monde) [17]. Les troubles dissociatifs de l'identité sont pareillement des épisodes flagrants lors desquels on s'étonne qu'un hôte indésirable parade dans la personnalité du sujet. La plupart des autres manifestations repérées par Brown [8] suscitent aussi de sérieux obstacles dans l'appropriation des souvenirs, la constitution de soi en tant qu'être historique et continu, l'intégration des sensations intéroceptives. Enfin, Gay [21] utilise l'expression plus neutre d'« état modifié de la conscience » caractérisant une « modification de l'état psychique, considéré en termes de déviation subjective par rapport à l'état dans lequel le sujet se trouve habituellement. »

2.2. Épidémiologie

Les hésitations conceptuelles ont bien sûr un impact notable sur le repérage du trouble dissociatif et sur l'estimation de sa prévalence chez l'être humain. Le recueil épidémiologique est d'autant plus épineux que la dissociation est un phénomène « dynamique, critique, mobile et variable » [17]. Dans l'étude finlandaise de Maaranen [22], parmi les 2 % de sujets ayant un score dissociatif dit pathologique, seulement 29 % garderont un score élevé trois ans plus tard. Les auteurs concluent que la dissociation est un phénomène instable et relativement rare.

Concernant la population générale, une passation effectuée dans une métropole canadienne avec la *Dissociative Experience Scale* (DES) suggère que 3,3 % de l'échantillon présente un score morbide à l'échelle (c'est-à-dire au-dessus de 30) [23]. Une étude finlandaise obtient un taux autour de 4 % [24]. En France, avec le même instrument, nous ne connaissons qu'une étude [25] incluant des étudiants âgés de 17 à 30 ans qui souligne que 13,7 % d'entre eux souffrent d'un trouble dissociatif. Avec une échelle d'hallucination (LSHS), Laroi et Vander Linden [26] mettent en évidence que 24 % des 236 tout-venant qui ont participé à l'enquête vivent fréquemment des phénomènes à coloration hallucinatoire et auditive. Ce chiffre descend à 17 % pour les hallucinations visuelles. Ross et al. [27] jugent globalement le taux de dissociation dans la population générale autour de 10 %.

Dans leur revue de littérature (6 pays, 10 études) portant exclusivement sur les patients psychiatriques hospitalisés, les mêmes auteurs [27] évaluent le taux de dissociation générale entre 5 et 46 % avec une moyenne à 16 %. Le trouble dissociatif de l'identité exclusivement varie entre 1 et 12 % avec une moyenne à 4 %. Leurs propres résultats jaugent un taux de dissociation, toutes modalités confondues, entre 26 et 44 % selon la méthode de recueil utilisée (*Dissociative Disorders Interview schedule*, *Structured Clinical Interview for DSM IV Dissociative Disorders*, ou évaluation clinique). C'est l'évaluation clinique qui obtient systématiquement les taux les plus bas, sauf pour l'amnésie dissociative. Avec la *Dissociative Experience Scale*, l'étude de Lipsanen et al. [24] montre que 21 % des patients psychiatriques hospitalisés et 13 % des patients psychiatriques non hospitalisés présentent un score dissociatif supérieur au seuil pathologique. Ils en concluent que les troubles dissociatifs sont encore nettement sous-diagnostiqués. Aujourd'hui, le champ d'étude s'est ouvert à ce que l'on nomme « les expériences exceptionnelles » et certaines expériences dites paranormales.

3. L'apport des essais théoriques sur l'hypnose

L'hypnose peut très certainement être considérée comme la mère du concept de dissociation puisqu'elle représente la situation prototypique à travers laquelle Janet [2] a donné toute son ampleur à ses expérimentations. Ce précurseur, dont les théories font un retour remarqué [7,28],

brosse un portrait dynamique du phénomène dissociatif pour analyser les processus insufflant une véritable élasticité au « je » et offrant un éclairage clinique sur des cas comme celui de Lucie présenté plus haut [2,5]. Le premier mécanisme observé est une *désagrégation* lors de laquelle des représentations échappent à la conscience du sujet. Des manifestations sensibles ou motrices deviennent indépendantes de la perception et agissent en quelque sorte pour leur propre compte. Ces fragments, exilés dans quelques recoins obscurs du subconscient, forment ensuite un nouveau système et parfois une personnalité complète. Janet nomme cette recombinaison *la recomposition réversible*, traduisant ainsi l'assemblage d'un nouvel agrégat, d'un nouveau narrateur interne disposant d'un vécu tout à fait différent de celui du personnage principal. Si, la plupart du temps, les personnalités maintiennent une « coopération tranquille » [7], elles peuvent aussi entrer en compétition. De plus, ce jeu de surface est perméable et se noue autour d'un phénomène de *transduction* : dans l'hypnose par exemple, la première personnalité ne connaît pas la seconde, alors que la seconde connaît la première. Autrement dit, il est possible que des éléments qui sont d'abord dissociés puis emboîtés, naviguent entre les différentes consciences et les différentes identités.

Pour Janet, il existe un lien symbolique entre le symptôme et une situation traumatique. Il invite d'ailleurs, sous hypnose, le patient à rejouer la scène effrayante pour en modifier la version. Ces trois engrenages principaux (désagrégation, recomposition réversible, transduction) surgissent suite à un affaiblissement de la capacité de synthèse du moi qui libère des automatismes psychologiques errants et parfois abominables, comme dans le cas de Monsieur D. [2,5,29]. Pour Landa et Gimenez [3], la dissociation janetienne serait liée à des émotions de terreur intense et servirait à rompre l'implication du sujet dans la situation. Le mécanisme produirait un évitement psychique en réaction à des affects suffisamment puissants pour disloquer la synthèse des contenus mentaux [29].

Quelques années plus tard, dans le cadre de la théorie freudienne, la dissociation s'habillera d'un nouveau jargon articulé autour du refoulement et du clivage [5,30]. Face à une situation insupportable, la représentation se décroche de l'affect par le biais du refoulement. Cet élément isolé, trop chargé émotionnellement pour le hisser jusqu'à la conscience, devient par la suite conflictuel et étranger. Comme le suggèrent les paralysies hystériques, il se précipite alors dans une innervation somatique en méprisant les territoires anatomiques. Si le refoulement délie la représentation de l'affect, le clivage, lui, maintient la rupture en construisant un espace perdu dans lequel la charge affective évolue en investissant un organe ayant valeur de compromis symptomatique (conversion). La dissociation se rétablit avec la restauration du réseau associatif. La notion de clivage nous rappelle par ailleurs les remarques de Berger et al. [31] lorsqu'ils observent chez des enfants violents l'identification démultipliée de diverses parties du sujet à différentes parties des objets, processus pouvant grimper jusqu'à six clivages simultanés fragmentant de manière désastreuse l'unité de l'enfant.

D'autres auteurs se sont penchés sur les spéculations d'Hilgard, sa notion « d'observateur caché » et ce qu'on a appelé la théorie « néo-dissociative ». L'observateur caché reflète une sorte d'état de veille ou une conscience de soi seconde dotée d'une mémoire épisodique plus vaste [32]. Pour Michaux [33], il ne s'agit pas d'une personnalité alternative mais d'un sous-système qui dispose de connaissances inaccessibles à la conscience et qui se manifeste sous certaines conditions. Une super-structure, le « moi central », s'emploie à diriger les fonctions exécutives (comme l'organisation, la planification ou la hiérarchisation des actions) et les fonctions de contrôle (*monitoring*) consistant à examiner constamment tout ce qui advient à la personne. Le monitoring est un flux analytique qui estime et juge le résultat des actions. Il vérifie la conformité entre l'attitude et les objectifs. Sous le moi central, divers sous-systèmes enregistrent des actions automatisées : par

exemple, la marche, l'apprentissage de l'alphabet, la conduite d'une voiture qui, il est vrai, sont souvent d'abord vécues consciemment comme des apprentissages difficiles, bien loin de la facilité spontanée avec laquelle on peut les reproduire une fois engrammées. La dissociation produirait un clivage du moi central entre les fonctions exécutives et les fonctions de contrôle, voire un clivage à l'intérieur même de ces fonctions. Ce processus entraînerait la construction d'une barrière mnésique rompant le jeu de transmission des savoirs entre les différentes consciences [34]. Michaux [33] reproche néanmoins à cette théorie d'être une « mise en forme littérale du discours des patients », c'est-à-dire une histoire théorique « sur mesure » posant des soucis épistémologiques pour la construction de modèle.

L'auteur, à l'instar de Kirsh et Lynn [34], ajoute que les conditions expérimentales ayant conduit à cette formulation spéculative sont précaires et omettent certaines variables parasites (le sujet a-t-il vraiment les sens anesthésiés pendant l'hypnose ?) ou la question embarrassante de la suggestibilité et du rôle social [21]. À ce propos, Mulhern [35] souligne la connotation socioculturelle de certains phénomènes dissociatifs, en particulier l'hystérie et les états de possession : « quand les femmes sont privées de pouvoir social et de droits, ces cultes [possession, transe] constituent des structures parallèles qui fonctionnent comme un idiome de détresse à travers lequel l'injustice expérimentée, mais dissimulée socialement, peut être mise en scène et une mesure de compensation peut être retrouvée. » Petot [32] explique que l'observateur caché ne répond pas à l'interrogation : « qu'est-ce que cela fait d'être moi ? ». Pour Breulet [36], la dissociation résulte d'une rupture conscient/subconscient (au sens janetien du terme) et n'est pas un état modifié de la conscience. L'auteur évoque plutôt un mode à part entière comme l'éveil, le sommeil ou le rêve. De son côté, Collot [37] présente sur le plan phénoménologique quatre thèmes majeurs gravitant autour de l'hypnose : la détente mentale et l'abaissement des tensions, l'absorption et la focalisation, la désorientation spatio-temporelle, l'automatisme et la diminution du sentiment d'effort (c'est-à-dire la facilitation mentale, et notamment motrice). Globalement, les théories modernes s'orientent vers l'hypothèse d'une dissolution des processus inhérents à l'attention et aux différents systèmes mnésiques : déclaratif, épisodique et procédural [21,32–34].

4. Les théories sur le traumatisme

On doit à l'équipe néerlandaise de Van der Hart et Nijenhuis [13,38] une mise à jour du lien entre dissociation et traumatisme. Leur thèse postule qu'il existe un système d'action quotidien nous permettant d'explorer l'environnement, de contrôler l'énergie et d'assurer la survie de l'espèce (reproduction, attachement. . .), et un système d'action défensif qui se déclenche face à la perception d'un danger. Une grave menace pourrait causer une dissociation entraînant un déboîtement entre le système défensif et le système d'action quotidien. Ainsi, le sujet serait amené à jongler entre ce que les auteurs nomment une « partie émotionnelle de la personnalité » et une « partie apparemment normale de la personnalité ». La théorie repose sur trois processus fondamentaux :

- *l'intégration* consiste à créer une structure mentale cohérente qui contient et organise la représentation des événements internes et externes ;
- *la personification* consiste à mettre en relation le matériel synthétisé avec un sens de soi général. Elle confère une continuité à l'histoire de l'individu ;
- *la présentification* consiste à être et à agir dans le moment présent. Il s'agit d'une création permanente de l'instant, connectant le futur et le passé.

Ces trois éléments permettent au sujet le développement d'un sens cohérent de sa propre existence. Dans l'expérience de stress post-traumatique, le sujet se montre incapable de présenter le passé effroyable. L'encodage est sensori-moteur, émotionnel, et demeure déconnecté de la mémoire autobiographique. La rémanence, parfois quasi hallucinatoire, hérissé l'esprit du sujet d'images, de sensations ou d'actes moteurs qui envahissent le champ perceptif. Ces irruptions cruelles tordent en quelque sorte le fil spatio-temporel et se dotent d'une actualité intense. Les chercheurs évoquent des empreintes mentales dissociées, soulignant que certains souvenirs peuvent être reconstruits sans reproduire exactement la scène traumatique réelle. La dissociation maintiendrait séparées la partie émotionnelle (pouvant elle-même se séparer dans ce que les auteurs nomment une « dissociation secondaire ») privilégiant certaines démarches défensives (analgésie, gel, immobilisation par exemple), et la partie apparente (pouvant aussi se dissocier dans une phase « tertiaire »), figurant le conflit entre les conduites d'approche et d'évitement.

Avec des outils conceptuels différents, Lemitre [39] mentionne des éveils physiologiques chaotiques ravivés par des émotions éclatantes et contribuant à des passages à l'acte. Face à des situations traumatogènes, l'énergie psychique afflue vers des zones corporelles isolées, perturbant ainsi l'investissement d'une enveloppe totale et fixant des ressentis impossibles à métaboliser. Les sensations émiettées troublent le rythme cénesthésique général et la construction d'une cartographie mentale du corps. Dans le cas où les ondulations intéroceptives sont imprégnées de violence ou liées à des ressentis menaçants, le sujet cesse de les intégrer à la trame unifiée de son soi en les bannissant et en désactivant la sensation d'enveloppe. En présence d'une stimulation émotionnelle importante, ces éléments damnés, encombrants et confus, provoquent une fragmentation de l'individu, produisant ainsi une altération du soi, des expériences dissociatives, une dépersonnalisation grandiloquente et agressive : « Quand je ressens ça, explique l'un des sujets à l'auteur, il y a les mains qui commencent à taper... C'est une deuxième personne qui me fait peur... je ne sais pas ce qui se passe, c'est plus mon bras, c'est plus ma tête, je suis contrôlé par une deuxième personne. »

5. L'approche neurobiologique

5.1. Données générales sur la dissociation

Depuis plusieurs années maintenant, l'apport des nouvelles technologies neuroscientifiques (neuroimagerie, biochimie, électrophysiologie...) nous offre des perspectives de connaissances très intéressantes et, bien qu'une certaine prudence épistémologique s'impose sur les déductions tirées d'une analogie entre un phénomène clinique et l'activation d'une structure neuroanatomique, elles pourraient fort bien nous aider à nettoyer certains concepts d'hypothèses encombrantes. Le postulat fondamental de ces expériences repose sur l'idée d'une modification des signaux cérébraux et de la mobilisation d'un état corporel spécifique lors des états dissociatifs. Sur une population tout-venant ayant passé la DES, Oathes et Rey [40] montrent par exemple que les personnes avec un score élevé à l'échelle ont des temps de réaction plus rapide pour déterminer la valence émotionnelle de mots ou d'images et qu'elles sont plus compétentes dans la catégorisation du vocabulaire affectif que celles avec des scores bas. Les auteurs concluent que les sujets dissociés dirigent mieux leur attention sur les informations émotionnelles, qu'ils sont plus vifs et plus performants dans la discrimination de tels stimuli. La thèse de Bob [41] va dans le même sens : les patients hypnotisables disposent d'un filtre attentionnel plus puissant, leur permettant de focaliser leur attention sur certains stimuli et d'ignorer un fond parasite. En changeant la carte mentale

du soi et l'expérience subjective, le sujet reconfigure les sensations intéroceptives et filtre le flux d'excitation qui lui parvient. Il serait ainsi capable de scinder le sentiment subjectif de la douleur (*pain affect*) de la sensation physique (*pain sensation*). Bob propose la notion de « représentation de soi subliminale » qu'il définit comme un système dissocié composé d'éléments sensoriels, cognitifs et affectifs, engendré par une régulation exceptionnelle de l'attention et de l'émotion, elle-même issue d'une déconnection entre le système limbique et le cortex préfrontal.

Une éclosion dissociative provoquée en laboratoire (un cri féminin soumis 14 fois à 69 étudiants avec une intensité variable), mesurée immédiatement par un questionnaire de dissociation péri-traumatique, suggère qu'un tel mécanisme, même faible et éphémère, augmente la conductance cutanée et permet une habituation plus rapide de l'organisme à l'information agressive ou effrayante [42,43]. Reinders et al. [44], de leur côté, choisissent des sujets entraînés à s'auto-déclencher un trouble dissociatif de l'identité qu'ils exposent à un script neutre et un script traumatique individualisé. En état d'identité traumatisée (par opposition à l'état neutre) et en présence de la scène terrifiante, les auteurs observent une évaluation subjective (émotionnelle et sensorielle), une pression sanguine cardiovasculaire et un flux sanguin cérébral différents selon la personnalité convoquée. Ils concluent que le trouble dissociatif de l'identité sert à inhiber l'accès à la mémoire traumatique.

Toutefois, malgré des similitudes phénoménologiques, Kelley-Puskas et al. [45] synthétisent diverses études suggérant une activité cérébrale variable selon la nature du trouble dissociatif (dépersonnalisation, PTSD, troubles dissociatif de l'identité). Les mêmes auteurs soulignent néanmoins dans tous les cas l'implication du cortex préfrontal, des aires sensorielles associatives et du système limbique. La dissociation romprait le lien entre ces trois structures, perturbant ainsi le rôle de l'émotion (système limbique) dans les démarches exécutives (cortex préfrontal). Dietrich [46] insiste particulièrement sur l'hypothèse d'une hypoactivité préfrontale : cette partie du cortex n'assurerait plus sa fonction de complexification des messages venant des autres zones cérébrales pour ajuster la réponse motrice. Selon l'auteur, la conscience résulte d'une matrice d'interaction complexe entre toutes les structures du cerveau. Le cortex préfrontal module normalement l'activité des aires associatives et participe à l'intégration des éléments sensoriels dans le schéma corporel. Il est aussi responsable de l'organisation temporelle du comportement en mobilisant la mémoire immédiate, l'attention motrice, le contrôle de l'inhibition, la régulation des émotions et la fondation d'un sens de soi [45]. Une baisse transitoire de l'activité préfrontale libérerait, selon Dietrich [46], une vigueur non modérée des ganglions de la base (noyau caudé, putamen, globus pallidus et noyau sous-thalamique), déterminant dans le contrôle moteur *automatique*. On commence à percevoir ici l'esquisse d'un circuit neurologique cohérent pour expliquer certains passages à l'acte. . .

5.2. Le circuit neuroanatomique de la dépersonnalisation

D'après nos recherches, la dépersonnalisation bénéficie actuellement d'un modèle neurobiologique plus complet que les autres troubles dissociatifs, ce qui s'explique en partie par la fréquence du phénomène apparaissant suite à divers symptômes médicaux (lésions, hématomes cérébraux. . .) et aux études de plusieurs chercheurs entourant Mauricio Sierra qui ont donné une unité au concept. Elle est considérée dans ces travaux comme un vestige de l'évolution régulant l'anxiété et un processus essentiellement émotionnel, altérant non seulement le traitement des cognitions chargées d'affect mais aussi la mémoire autobiographique [47–50]. Face à une excitation importante, le mécanisme se déploie en deux volets :

- le premier provoque un état d'hyper-alerte et un accroissement de la vigilance. Il permet notamment de mobiliser une sorte de super scanner multisensoriel sélectionnant les informations les plus pertinentes à la survie de l'individu ;
- le second provoque un état d'hypothyrie et tempère la désorganisation émotionnelle générée par le stimulus dangereux. Il dilue la coloration affective de l'expérience dramatique (entraînant le fameux sentiment d'irréalité) et module les signaux corporels qui pourraient s'avérer désastreux pour la prise de décision.

Ces deux versants forment une combinaison défensive :

- une composante inhibitrice amortissant les signaux issus de l'amygdale et du cortex cingulaire antérieur (zones émotionnelles) et ;
- une composante excitatrice médiatisée par la partie de l'amygdale non inhibée qui active le cortex préfrontal droit et induit un état d'hyper vigilance.

Les auteurs rappellent de même que l'émotion est composée de trois modules qui semblent coupés entre eux par le phénomène dissociatif : le ressenti subjectif (produisant le sentiment d'irréalité), la modification du système autonome (diminution du système permettant de gérer une anxiété extrême), l'expression motrice (conservation des capacités motrices dans les états dissociés). À travers une large revue de littérature et leur propre recherche, l'équipe de Sierra dresse un portrait précis des sujets dépersonnalisés (toutes les études ont un groupe témoin) (Tableau 3).

Notons que, selon les auteurs, le sentiment d'irréalité disparaît lorsque le sujet ferme les yeux. L'ensemble de ces résultats suggère que les patients conservent, voire améliorent, leurs capacités d'évaluation des stimuli émotionnels mais ne réagissent pas ou peu à ces

Tableau 3
Synthèse de la littérature sur les caractéristiques neurobiologiques des sujets éprouvant des expériences de dépersonnalisation.

Nature du stimulus	
Visage étranger, scène émotionnelle, mot menaçant, odeur et goût désagréables ; visage apeuré ou en colère	Les sujets présentent une hausse du débit sanguin dans l'amygdale Les sujets présentent sur certains stimuli une conductance cutanée diminuée
Aversif	Les sujets estiment les scènes moins aversives que le groupe témoin Ils présentent une réduction de l'activité de l'insula, une hausse de l'activité dans l'aire de Brodmann 47, une hausse de l'activité préfrontale ventro-latérale droit Les sujets déclarent avoir moins de ressenti subjectif que le groupe témoin
Douleur	Les sujets présentent un seuil plus élevé de tolérance à la douleur
Expressions faciales de dégoût	Les sujets éprouvant des expériences de dépersonnalisation présentent moins de réponse du système nerveux autonome que des patients anxieux malgré un taux d'anxiété similaire entre les deux groupes. Résultats absents pour les expressions faciales de joie

derniers. L'acuité dissociative serait particulièrement vraie pour les informations déplaisantes [49,51].

Sierra et Berrios [47] ne répondent toutefois pas directement à la question de certaines irrptions qui détruisent les contours du soi en dehors de tous les stimuli menaçants, c'est-à-dire dans la vie quotidienne. Mula et al. [52] précisent que le modèle proposé pourrait ne pas s'appliquer à toutes les dépersonnalisations. En outre, un tel processus s'activerait dans des situations neutres de la vie de tous les jours lorsqu'il est conjugué à de l'anxiété.

6. Processus cognitifs et neuropsychologiques

6.1. Dissociation, imagerie et rêverie

Dans un article déjà ancien maintenant, Crawford [53] montre chez des étudiants que la suggestibilité hypnotique est non seulement corrélée positivement à l'existence de scènes visuelles dans les rêveries mais davantage à une imagerie particulièrement vive. Ces sujets auraient de même tendance à recourir à des éléments sonores et quasi hallucinatoires. Parallèlement, bon nombre d'études ont découvert un lien entre la caractéristique nommée «*fantasy proneness*», une propension à recourir à l'imaginaire, et la dissociation [54–58]. Ces références établissent une correspondance entre un score élevé à la DES (*Dissociative Experience Scale*) et le construit «*fantasy proneness*», considéré indépendant du facteur «*absorption*» qui chevauche à certains égards le concept. Plus les sujets déclarent vivre des expériences dissociatives et plus ils s'engagent dans leurs fantaisies.

Vanucci et Mazzoni [59] rappellent néanmoins que, pour la dépersonnalisation, les sujets semblent avoir plus de difficultés à générer une image mentale des êtres humains (d'eux-mêmes ou des autres), phénomène absent pour les objets physiques. Dans leur propre étude, ils trouvent une corrélation positive entre l'élévation du score à la DES et un penchant à anticiper rêveusement le futur. Toutefois, les sujets enclins à se dissocier ne témoignent pas d'une préférence spécifique à manier un matériel imagé plutôt que verbal. Leur étude n'a néanmoins pas isolé les participants ayant un score élevé des autres, optant pour des corrélations globales. Murray et al. [60] ont quant à eux employé un protocole tout à fait original en plongeant directement leurs volontaires dans une ville virtuelle à l'aide d'un casque, comme dans un jeu vidéo grandeur nature : la présence de traits dissociatifs accroît le sentiment de présence dans la fausse réalité et l'impression d'être immergé dans celle-ci. Aussi, il se pourrait que des scénarios virtuels et très intenses favorisent chez certaines personnes des perturbations de la conscience et du sens des choses, de soi et des autres.

6.2. Données neuropsychologiques et neurosciences

Lors d'une tâche où les sujets sont conviés à associer des souvenirs personnels à des mots, Wessel et al. [61] soulignent une absence de différence entre ceux présentant des expériences dissociatives et ceux du groupe témoin sur les performances de la mémoire autobiographique. Les auteurs remettent par conséquent en question l'interprétation du mécanisme dissociatif comme évitement ou inhibition du rappel des expériences du soi. Bruce et al. [62] indiquent que les sujets dissociés ont des scores plus élevés à un questionnaire de fonctions exécutives (*Dysexecutive Questionnaire*) mais ne trouvent aucun signe particulier sur l'imposante batterie de tests que les participants réalisent par ailleurs : *Iowa Gambling Task*, *Operation Span Task*, *Wisconsin card sorting test-64 card version*, *Wechsler test of adult reading*. Autrement dit, il n'y pas

de déficit objectif sur le plan neuropsychologique chez les sujets enclins aux expériences dissociatives. Comme pour beaucoup d'études, on peut toutefois déplorer l'absence de données et d'opérationnalisation *au moment même* de l'état dissociatif. Il n'apparaît guère évident en effet que la mesure du trait et celle de l'état produisent des résultats similaires, l'éclosion dissociative étant par définition dynamique.

Les premières études neuroscientifiques quant à elles obtiennent des résultats spectaculaires. Pour plusieurs auteurs [63,64], la conscience serait un processus *post-hoc* à l'exécution de nos gestes, la plupart de nos actions étant automatiques et ne nécessitant pas, lorsqu'il n'y a pas de planification à longue portée, une forte mobilisation consciente. De nombreuses expériences montrent en effet le démarrage tardif de la prise de la conscience par rapport à la sollicitation des zones motrices déclenchant une action [64]. Le sens de l'agentivité (le fait de s'attribuer une action et une unité corporelle) dépendrait en outre de la concordance entre les signaux sensoriels (visuels, tactiles, auditifs. . .), les signaux proprioceptifs (kinesthésiques), intéroceptifs et stathéstésiques (équilibre et axe du corps), et la commande motrice interne. Selon ce paradigme, la manipulation de ses signaux pourrait potentiellement brouiller le sens global du Soi. C'est ainsi que dans une expérience devenue classique, des sujets ont ressenti des sensations sur une main en caoutchouc complètement indépendante de leur corps (!) [65]. Avec un protocole spécifique, Botvinik [66] a montré que les sujets pouvaient même intégrer la main en caoutchouc à leur corps. Mais l'une des découvertes les plus prometteuses pour comprendre les phénomènes dissociatifs réside peut-être dans la création d'une sortie de corps (*out of body experience*) expérimentale. Dans leur laboratoire, Erhsson [67] et Leggenhager [68,69] ont doté les participants de leur étude d'un casque où ils se voyaient en trois dimensions. Ils ont ensuite provoqué artificiellement un conflit entre la vision et des sensations tactiles. Les sujets ont alors éprouvé un sentiment de déplacement hors corps et une expérience phénoménologique quasiment similaire à celle de certaines expériences dissociatives. Aussi, nous demandions-nous ailleurs [70] si le soi n'était pas composé de plusieurs « briques » (Fig. 2) pouvant entrer, à certaines occasions, en conflit et provoquer une occurrence dissociative.

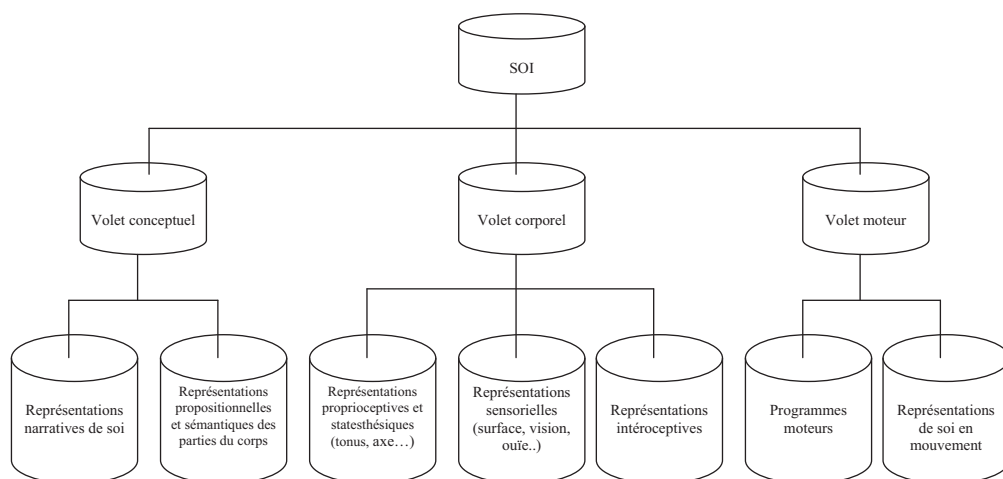


Fig. 2. L'hypothèse des trois volets du soi [70].

6.3. Tentatives de modélisation cognitive

Quelques propositions cognitives commencent à apparaître dans la littérature. Pour Hunter et al. [71], la dépersonnalisation doit se comprendre comme un trouble anxieux. La première étape du processus pathologique combine à la fois une interprétation catastrophique du symptôme, c'est-à-dire une croyance erronée sur les signaux corporels dissociatifs, et une croyance erronée sur soi. Plutôt que de concevoir le phénomène en termes situationnel et transitoire (fatigue, stress...), les sujets s'infligent d'emblée des phrases du type « quelque chose ne va pas dans mon cerveau » ou encore « je deviens fou ». Ces attributions dramatiques entretiennent ensuite les biais cognitifs qui vont alimenter le symptôme ou le comportement (par exemple, l'évitement). Se forme alors un cercle vicieux où les affects sont mis à distance par surintellectualisation, malgré la persistance de leur travail pathologique de sape.

Kennedy et al. [72] nous remémorent l'idée que la dissociation pourrait résulter d'une tentative échouée dans l'enfance de construire un faux self. Les auteurs proposent un modèle basé sur la théorie des modes de Beck [73] en expliquant qu'un processus de découplage surviendrait à trois niveaux :

- à l'étape automatique (au niveau du schéma d'orientation) : les informations du monde identifiées comme menaçantes entraîneraient une inhibition du jeu d'association et isoleraient les éléments potentiellement traumatiques ;
- au sein même des modes : on assisterait à une désintégration du mode et de ses composantes : pensée, affect, comportement, physiologie ;
- entre les modes : plusieurs modes seraient déconnectés et s'allumeraient indépendamment des autres, pouvant ainsi donner l'impression d'un jeu d'identités multiples.

Globalement toutefois, Giesbrecht et al. [74], s'appuyant sur une volumineuse revue de littérature, constatent avec un certain désarroi des contradictions embarrassantes entre beaucoup d'études sur les liens entre la dissociation d'une part, et le traumatisme, la mémoire, les processus émotionnels, la distinction pathologique/non pathologique, d'autre part. Selon les auteurs, seules la propension à l'imaginaire (*fantasy proneness*), la suggestibilité hypnotique, les erreurs cognitives et une faiblesse des fonctions exécutives bénéficient actuellement d'une cohérence empirique. Ils confirment d'ailleurs, à juste titre, les difficultés méthodologiques liées au caractère dynamique des phénomènes dissociatifs.

7. La mise en état pré-passage à l'acte

Exposant une observation fine de certains passages à l'acte, quelques auteurs ont fait une découverte intéressante : avant le déclenchement de l'engrenage mortifère d'un geste criminel grave, certains sujets se glissent insidieusement dans une sphère transitionnelle afin de disposer des conditions mentales nécessaires pour atteindre leur objectif [75,76]. Il s'agit en quelque sorte d'une reconfiguration nébuleuse du psychisme permettant à l'individu un sentiment d'isolement, de puissance et de contrôle sur les autres [75]. À l'intérieur de cette aire préparatoire et parallèle, on constate un véritable tremblement identitaire et une altération de la conscience ouvrant une fenêtre fantasmatique intense et un mode d'ignition narcissique, de sorte que le pouvoir d'action s'imprègne d'une forte excitation. Le criminel se met littéralement en état de passage à l'acte en invoquant, inconsciemment, un état d'ivresse dissociative. Les déambulations erratiques, le visionnement aspirant de la télévision, les insomnies sont des exemples de ces phases d'éclosion

rompant l'atmosphère du monde. Certains patients que nous avons rencontrés déclarent tourner en rond pendant des heures, faire des allers-retours sans but, s'irriter tout seul. Bliss [9,10] rapporte l'existence d'un processus « d'autohypnose spontanée » chez les sujets présentant des troubles de l'identité multiple et des criminels sexuels. Chez ces derniers, l'auteur postule qu'une telle dissociation auto-induite produit un sens de la distance, un sentiment d'impersonnalité, d'irréalité et peut aller jusqu'à une amnésie confortable pour commettre une acte terrible et éviter de s'en attribuer la responsabilité directe.

Ce phénomène de mise en état reste globalement peu étudié, et encore moins pour le passage à l'acte suicidaire (PAS). Toutefois, plusieurs études ont souligné le rôle de la prise de toxique provoquant une modification de la conscience avant un geste potentiellement létal et il n'est pas rare d'entendre les patients expliquer leur prise d'alcool par un désir de se « donner du courage ». Certains affirment même qu'en l'absence du produit, ils ne se seraient jamais saisis de la lame de rasoir ou de la boîte de médicaments. Ainsi, Suokas et Lonnquist [77] montrent que 62 % des suicidants avaient consommé de l'alcool avant leur PAS. Ce chiffre se maintient à 63 % pour les hommes et 25 % pour les femmes dans l'enquête de Suominen et al. [78]. Une étude française [79] annonce un pourcentage plus bas : 40 % des suicidants ont consommé de l'alcool dans les six heures précédant leur geste. Ils ne trouvent toutefois pas de lien entre la prise d'alcool et le nombre de T.S. (Tentatives de Suicide), ce qui n'est pas le cas de la recherche de Sher et al. [80]. Dans celle-ci, les sujets ayant consommé de l'alcool dans le but explicite de passer à l'acte ont généralement fait plus de tentatives de suicide et exécuté des gestes plus dangereux que les sujets témoins. Les données publiées par Dejong et al. [81] suggèrent que plus de la moitié (52 %) des suicidés avaient pris de la drogue ou de l'alcool une heure avant leur mort. Gillet et al. [82] mettent en cause l'effet désinhibiteur de l'alcool qui entraîne une réduction du contrôle du comportement intentionnel sans perturber l'influence des processus automatiques. Même à des doses modérées, le liquide risque de produire une réponse prématurée et inappropriée du système moteur, bien qu'un tel effet soit fortement médiatisé par la personnalité et des variables environnementales. Avec une étude provoquée et un placebo, Moberg et Curtin [83] confirment par ailleurs que l'alcool réduit l'anxiété. On attribue aux benzodiazépines, à la cocaïne et à certains antidépresseurs levant prématurément l'inhibition motrice avant la disparition de l'angoisse, un pouvoir permissif similaire sur le passage à l'acte [82].

Aussi, il semblerait que l'état modifié de la conscience effrite les résistances du sujet à déclencher un mouvement violent et mobilise un état de flottement qui facilite l'impulsion motrice. Que cet état soit le résultat d'un comportement particulier (errance...), d'une prise de toxique ou d'une irruption dissociative instantanée, il induit une ambiance hypnoïde souvent pénétrée par des forces indicibles, fantasmatiques, motrices ou affectives. Il se pourrait par exemple qu'un tel espace produise une hémorragie émotionnelle (une colère dévastatrice) ou cinématique (un scénario mental hypertrophique de puissance).

8. La dissociation dans le passage à l'acte suicidaire

Les soupçons que nous portons sur la présence de phénomènes dissociatifs lors de la mise en œuvre du geste suicidaire se nourrissent de notre expérience clinique mais aussi d'un faisceau d'études auquel nous n'avons pas trouvé de données contradictoires. Kaplan et al. [84] montrent par exemple que parmi les patients psychiatriques (suivis en consultation ambulatoire) ayant subi des abus sexuels ou physiques dans l'enfance, seul un score de dissociation élevé à un pouvoir discriminant suffisant pour distinguer les suicidants des autres sujets. Malgré un effectif très bas (10 patients doublement diagnostiqués positivement à la DES puis par une entrevue

clinique – DDIS), Evren et al. [85] signalent que 80 % patients hospitalisés alcooliques dissociés ont déjà fait une T.S. contre seulement 20 % dans le groupe présentant un niveau dissociatif quasi nul ($n = 44$). Les résultats de Saxe et al. [86] vont dans le même sens en exhibant une corrélation positive entre le score à la DES et la fréquence des comportements autodestructeurs. De plus, 86 % de leurs patients psychiatriques rapportent un tel comportement dans le groupe de sujets enclins aux expériences dissociatives contre 46 % dans le groupe témoin.

Dans l'enquête de Maaranen et al. [87], les sujets ayant un score dissociatif élevé et n'étant pas suicidaires représentent 2,2 % de l'échantillon globale contre 12,9 % pour les sujets ayant à la fois un score dissociatif élevé et une histoire suicidaire. Parmi 839 étudiants, le groupe de suicidants (10,1 %) obtient une moyenne générale à la DES de 34,9 significativement plus élevée que celle du groupe de non suicidants (moyenne à 19,7) [88]. Pour Sar et al. [89], parmi des sujets lambda féminins enclins à la dissociation, 13 % ont déjà commis une T.S. contre 2,5 % parmi les sujets lambda non dissociés. Les travaux de Orbach ont tenté de préciser le mécanisme à l'œuvre en se concentrant sur la perception du corps. En 1996, ils montrent notamment que les suicidants supportent mieux les chocs électriques, évaluent moins fortement la douleur et sont globalement moins satisfaits de leur corps [90]. Chez des adolescents, le même auteur suggère que les suicidants ont une expérience somatique déformée : le corps est moins investi et moins protégé. Les suicidants ont le sentiment d'avoir moins de contrôle sur celui-ci, le perçoivent comme plus indépendant de leur volonté et présentent un nombre plus élevé d'aberrations dans l'expérience qu'ils ont de l'incarnation [91]. Les auteurs pensent qu'un traumatisme pourrait créer une distance et une dissociation entre le sujet et son corps, voire une stratégie systématique d'agression envers ce dernier.

Ces publications nous ont conduits à interroger des patients suicidants adultes sur leur état de conscience *au moment même* où ils étaient passés à l'acte. Les résultats ont montré sur un petit échantillon (32 sujets) qu'environ 60 % d'entre eux avaient éprouvé un sentiment anormal de soi quelques secondes avant et pendant leur geste suicidaire : « on est shooté » disent-ils, « dans le vague », « comme dans un flottement », « un sentiment de destinée », « j'avais l'impression de me regarder agir », « j'étais comme poussé par une force », « c'était un état second, un état mystique », « le geste était mécanique, automatique », « je me sens plus moi-même », « c'était pas moi qui pensait, c'était mon corps » [92–95].

9. Conclusion : hypothèses sur les fonctions de la dissociation dans le passage à l'acte

La littérature scientifique propose de concevoir la dissociation comme une altération de l'état de conscience ou bien une rupture entre la mémoire, la perception, la conscience et l'identité, ou bien comme un mécanisme phylogénétique de *coping* permettant à l'être humain de se protéger face à des émotions intolérables. Le processus consiste à provoquer une déviation subjective du sentiment de soi et du monde ou un jeu de bascule entre divers état de conscience. Plusieurs observations cliniques et plusieurs études empiriques soulignent le lien entre la dissociation et certains passages à l'acte violents comme le suicide ou l'homicide. Ainsi, les épisodes dissociatifs peuvent-ils induire une variation de l'activité psychologique : la hausse d'un sentiment d'irréalité, l'accroissement d'un sentiment narcissique, une immersion oniroïde, une mise à distance du sujet et de ses actes par l'amnésie, une modifications des signaux sensoriels, une altération de l'activité préfrontale et de la régulation des fonctions exécutives, un phénomène de confusion émotionnelle, une baisse de la peur et des freins moraux, l'utilisation d'un mode moteur automatique, une perte du sens de l'agativité. Ces éléments sont essentiels pour comprendre le déclenchement de la

Tableau 4
Hypothèses sur les fonctions de la dissociation.

Composante psychologique	Composante neuropsychologique
Hausse du sentiment d'irréalité	Altération de l'activité préfrontale impliquée dans la régulation de l'action et les fonctions exécutives
Création d'un phénomène impersonnel et d'un isolement	Régulation des irrptions émotionnelles intense, confusion émotionnelle, régulation de l'expérience subjective
Accroissement du narcissisme, du sentiment de contrôle, pouvoir, puissance	Création d'un scanner multisensoriel
Ouverture d'une fenêtre fantasmatique, immersion oniroïde, ambiance hypnoïde	Baisse de la peur à passer à l'acte, régulation du système autonome
Création d'une amnésie, d'une distance entre le sujet et ses actes, déresponsabilisation	Utilisation d'un mode moteur automatique
Reconfiguration de la carte mentale du soi et modification des signaux corporels	Perte du sens de l'agentivité

motricité agressive. Au terme de ce panorama scientifique, nous pourrions ainsi synthétiser les fonctions de la dissociation dans le tableau suivant (Tableau 4).

Ces éléments sont hypothétiques. Ce champ de recherche reste encore largement ouvert et il serait souhaitable que le processus en lui-même soit mieux compris et plus ajusté aux différentes modalités des expériences dissociatives : dépersonnalisation, trouble dissociatif de l'identité, amnésie, etc. De nombreux travaux restent à mener.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Allen DF, Postel J. Des origines françaises de la dissociation à partir des travaux de François Leuret. *Evol Psychiatr* 2000;65:55–66.
- [2] Janet P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine (1889). Paris: L'Harmattan; 2005.
- [3] Landa H, Gimenez G. Le trauma et l'émotion : apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles. *Evol Psychiatr* 2009;74:497–510.
- [4] Bottéro A. Une histoire de la dissociation schizophrénique. *Evol Psychiatr* 2001;66:43–60.
- [5] Thoret Y, Giraud AC, Ducerf B. La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911. *Evol Psychiatr* 1999;64:749–64.
- [6] Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. 5^e éd. Paris: Masson; 1978.
- [7] Garrabé J. La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. *Evol Psychiatr* 1999;64:717–26.
- [8] Brown R. Different types of dissociation have different psychological mechanisms. *J Trauma Dissociation* 2006;7(4):7–28.
- [9] Bliss E. Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1984;7(1):135–47.
- [10] Bliss E, Larson E. Sexual criminality and hypnotizability. *J Nerv Ment Dis* 1985;173(9):522–36.
- [11] Holmes E, Brown R, Mansell W, Fearon P, Hunter E, Frasquilho F, et al. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2005;25:1–23.
- [12] Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *Evol Psychiatr* 2009;74:487–96.
- [13] 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.

- [14] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington: APA; 1996.
- [15] Bernstein C, Putman FW. An update of the dissociative experience scale. *Dissociation* 1993;6:16–27.
- [16] Modestin J, Erni T. Testing the dissociative taxon. *Psychiatr Res* 2004;126:77–82.
- [17] Saladini O, Lauté JP. Dépersonnalisation. In: EMC Psychiatrie. Paris: SAS Elsevier Masson; 2003 [37-125-A-10].
- [18] Ducongé E, Chabrol H. Relations entre les expériences dissociatives et la consommation de cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2005;53:128–33.
- [19] Lesley J. Awareness is relative: dissociation as the organisation of meaning. *Conscious Cogn* 2006;15:593–604.
- [20] Kihlstrom J, Glisky M, Angiulo M. Dissociative tendencies and dissociative disorders. *J Abnorm Psychol* 1994;103(1):117–24.
- [21] Gay MC. Les théories de l'hypnose. *Ann Med Psychol* 2007;165:623–30.
- [22] Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, et al. The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Compr Psychiatr* 2008;49(3):269–74.
- [23] Waller N, Ross. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 1996;106(4):499–510.
- [24] Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, Järvinen J, Langen K, Lauerma H. Dissociative disorders among psychiatric patients. *Eur Psychiatry* 2004;19:53–5.
- [25] Moyanno O, Claudon P, Colin, Svatos J, Thiébaud. Étude des troubles dissociatifs et de la dépersonnalisation au sein d'un échantillon de la population française adulte jeune. *Encephale* 2001;XXVII:559–69.
- [26] Laroi F, Van der Linden M. Nonclinical participants' reports of hallucinatory experiences. *Can J Behav Sci* 2005;37(1):33–43.
- [27] Ross C, Duffy, Ellason J. Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *J Trauma Dissociation* 2002;3(1):7–16.
- [28] Garrabé J. La notion de dissociation selon Pierre Janet. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006. p. 46–54.
- [29] Bühlher K, Heim G. Introduction générale à la psychopathologie et à la psychothérapie de Pierre Janet. *Ann Med Psychol* 2001;159:261–72.
- [30] Hulak F. La dissociation, de la séjonction à la division du sujet – Genèse et évolution d'un concept. *Evol Psychiatr* 2000;65:19–30.
- [31] Berger M, Bonneville E, André P, Rigaud C. L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007;55:353–61.
- [32] Petot JM. Psychologie des phénomènes dissociatifs et théorie de la conscience. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006. p. 15–36.
- [33] Michaux D. L'observateur caché et la dissociation psychique. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006. p. 55–65.
- [34] Kirsch I, Lynn S. Dissociation theories of hypnosis. *Psychol Bull* 1998;123(1):100–15.
- [35] Mulhern S. La transe de possession : trouble dissociatif ou stratagème sociopolitique. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006. p. 81–102.
- [36] Breulet M. La dissociation : de la distorsion identitaire du moi. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2008. p. 37–45.
- [37] Collot E. De la dissociation. In: Michaux D, editor. *Hypnose et dissociation psychique*. Paris: Imago; 2006. p. 105–19.
- [38] Nijenhuis E, Van der Hart O, Steele K, De Soir E, Matthess H. Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Stress Trauma* 2006;6(3):125–39.
- [39] Lemitre S. Trauma et psychopathie – Approches psychanalytique et neuropsychologique intégrées. *Stress Trauma* 2008;8(1):27–33.
- [40] Oathes D, Ray W. Dissociative tendencies and facilitated emotional processing. *Emotion* 2008;8(5):653–61.
- [41] Bob P. Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Conscious Cogn* 2008;17:355–69.
- [42] Giesbrecht T, Merckelbach H, Burg L, Cima M, Simeon D. Acute dissociation predicts rapid habituation of skin conductance responses to aversive auditory probes. *J Trauma Stress* 2008;21(2):247–50.
- [43] Giesbrecht T, Geraerts E, Merckelbach H. Dissociation, memory commission errors, and heightened autonomic reactivity. *Psychiatr Res* 2007;150:277–85.
- [44] Reinders, Nijenhuis E, Quak J, Korf J, Haaksma J, Paans A, et al. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biol Psychiatry* 2006;60:730–40.
- [45] Kelley-Puskas M, Cailhol L, D'Agostino V, Chauvet I, Damsa C. Neurobiologie des troubles dissociatifs. *Ann Med Psychol* 2005;163:896–901.

- [46] Dietrich A. Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. *Conscious Cogn* 2003;12:231–56.
- [47] Sierra M, Berrios G. Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 1998;44:898–908.
- [48] Phillips M, Sierra M. Depersonalization disorder: a functional neuroanatomical perspective. *Stress* 2003;6(3):157–65.
- [49] Sierra M, Senior C, Phillips M, David A. Autonomic response in the perception of disgust and happiness in depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 2006;145:225–31.
- [50] Phillips M, Medford N, Senior C, Bullmore E, Suckling J, Brammer M, et al. Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Res* 2001;108:145–60.
- [51] Medford N, Brierley B, Brammer M, Bullmore E, David A, Phillips M. Emotional memory in depersonalization disorder: a functional MRI study. *Psychiatry Res* 2007;148:93–102.
- [52] Mula M, Pini S, Cassano G. The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorder: a critical reappraisal. *J Affect Disord* 2007;99:91–9.
- [53] Crawford H. Hypnotizability, daydreaming styles, imagery vividness and absorption: a multidimensional study. *J Pers Soc Psychol* 1982;42(5):915–26.
- [54] Waldo T, Merritt R. Fantasy proneness, dissociation and DSM IV axis II. Symptomatology. *J Abnorm Psychol* 2000;109(3):555–8.
- [55] Merckelbach H, Muris P, Rassin E. Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Pers Individ Differ* 1999;26:961–7.
- [56] Merckelbach H, Muris P, Horselenberg R, Stougie S. Dissociative experiences, response bias, and fantasy proneness in college students. *Pers Individ Differ* 2000;28:49–58.
- [57] Merckelbach H, Campo J, Hardy S, Giesbrecht T. Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 2005;46:181–5.
- [58] Rauschenberger S, Lynn S. Fantasy proneness, DSM-III-R axis I psychopathology, and dissociation. *J Abnorm Psychol* 1995;104(2):373–80.
- [59] Vannucci M, Mazzoni G. Dissociative experience and mental imagery in undergraduate students: when mental images are used to foresee uncertain future events. *Pers Individ Differ* 2006;41:1143–53.
- [60] Murray C, Fox J, Pettifer S. Absorption, dissociation, locus of control and presence in virtual reality. *Comput Hum Behav* 2007;23:1347–54.
- [61] Wessel I, Merckelbach H, Kessels C, Horselenberg R. Dissociation and autobiographical memory specify. *Clin Psychol Psychother* 2001;8:411–5.
- [62] Bruce A, Ray W, Bruce J, Arnett P, Carlson R. The relationship between executive functioning and dissociation. *J Clin Exp Neuropsychol* 2007;29(6):626–33.
- [63] Jeannerod M. Being oneself. *J Physiol* 2007;101:161–8.
- [64] Jeannerod M. *Le cerveau volontaire*. Paris: Odile Jacob; 2009.
- [65] Botvinick M, Cohen J. Rubber hands “feel” touch that eyes see. *Nature* 1998;391:756.
- [66] Botvinick M. Neuroscience. Probing the neural basis of body ownership. *Science* 2004;305:782–3.
- [67] Ehrsson HH. The experimental induction of out-of-body experiences. *Science* 2007;317:1048.
- [68] Lenggenhager B, Tadi T, Metzinger T, Blanke O. Video ergo sum: manipulation of bodily self-consciousness. *Science* 2007;317:1096–9.
- [69] Lenggenhager B, Mouthon M, Blanke O. Spatial aspects of bodily self-consciousness. *Conscious Cogn* 2009;18:110–7.
- [70] Vandevoorde J. Rôle des représentations d'action et du système moteur dans la construction du Soi : synthèse et perspective. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59:454–62.
- [71] Hunter E, Phillips M, Chalder T, Sierra M, David A. Depersonalisation disorder: a cognitive – behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther* 2003;41:1451–67.
- [72] Kennedy F, Clarke S, Stopa L, Bell L, Rouse H, Ainsworth C, et al. Toward a cognitive model and measure to dissociation. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004;35:25–48.
- [73] Beck A. Beyond the belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In: Salkovskis P, editor. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press; 1996. p. 1–25.
- [74] Giesbrecht T, Lynn S, Lilienfeld S, Merckelbach H. Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychol Bull* 2008;134(5):617–47.
- [75] Andronikof A. Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario privé. *Evol Psychiatr* 2001;66:632–9.
- [76] Meloy JR. *Les psychopathes*. Paris: Frison-Roche; 2000.
- [77] Suokas J, Lonnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(1):36–40.

- [78] Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37 years follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):562–3.
- [79] Lejoyeux M, Huet F, Claudon M, Fichelle A, Casalino E, Lequen V. Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Arch Suicide Res* 2008;12:30–8.
- [80] Sher L, Oquendo, Richardson-Veljaard R, Makhija N, Posner K, Mann J, et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiatr Res* 2009;43(1):901–5.
- [81] Dejong T, Overholser J, Stockmeier C. Apples to oranges? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010;124:90–7.
- [82] Gillet C, Polard E, Mauduit N, Allain H. Passage à l'acte et substances psychoactives : alcool, médicaments, drogues. *Encephale* 2001;XXVII:351–9.
- [83] Moberg C, Curtin J. Alcohol selectively reduces anxiety but not fear: startle responses during unpredictable versus predictable threat. *J Abnorm Psychol* 2009;118(2):335–47.
- [84] Kaplan M, Asnis G, Lipschitz D, Chorney P. Suicidal behavior and abuse in psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 1995;36(3):229–35.
- [85] Evren C, Sar V, Karadag F, Gurol D, Karagoz M. Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Res* 2007;152:233–41.
- [86] Saxe G, Chawla N, Van der Kolk B. Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide Life Threat behav* 2002;32(3):313–20.
- [87] Maaranen P, Tanskanen A, Honkalampi K, Haatainen K, Hintikka J, Viinamaki H. Factor associated with pathological dissociation in the general population. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:387–94.
- [88] Zoroglu S, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savas H, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatr Clin Neurosci* 2003;57:119–26.
- [89] Sar V, Akyuz G, Dogan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res* 2007;149:169–76.
- [90] Orbach I, Stein D, Palgi Y, Asherov J, Har-Even D, Elizur A. Perception of physical pain in accident and suicide attempts patients: self-preservation vs. self-destruction. *J Psychiatr Res* 1996;30(4):307–20.
- [91] Orbach I, Stein D, Shani-Sela M, Har-Even D. Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(3):237–49.
- [92] Vandevoorde J, Andronikof A, Baudoin T, Baudoin E, Januel A. Reconstitution et modélisation du processus suicidaire chez les suicidants. *Evol Psychiatr* 2012;77(3):352–72.
- [93] Vandevoorde J. Mise en évidence de trois états psychologiques pré-passage à l'acte chez 32 patients hospitalisés pour tentative de suicide. *Encephale* 2013;39:265–70.
- [94] Vandevoorde J. *Psychopathologie du suicide*. Paris: Dunod; 2013.
- [95] Vandevoorde J. Les conditions psychologiques du passage à l'acte suicidaire. In: Dieu E, Sorel O, editors. *Psychologie de la violence*. Paris: Studyrama-Vocatis, coll. « Principes Psychologiques »; 2013. p. 177–95.