

Les réactions dissociatives péri-traumatiques

Par Evelyne Josse, Psychologue, psychothérapeute (EMDR, hypnose, thérapie brève)

Vice-présidente de l'association EMDR-Belgique

www.resilience-psy.com

2014

On dit des personnes qu'elles sont dissociées lorsqu'elles sont déconnectées d'une partie de la réalité. « Les troubles dissociatifs ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels »¹.

Les réactions dissociatives péri-traumatiques se traduisent par l'amnésie dissociative, la stupeur dissociative, les troubles somatoformes dissociatifs, le trouble de dépersonnalisation, la déréalisation, les actions automatiques et la distorsion temporelle.

L'amnésie dissociative partielle ou totale². Les victimes ne se rappellent pas de tout ou partie de l'événement critique qu'elles ont vécu³. L'amnésie peut perdurer longtemps, parfois toute la vie. Sa levée peut se produire spontanément, être engendrée par un stimulus-déclencheur (images à la télévision, odeur, bruit, lieu, etc.) ou être favorisée par un abaissement ou une altération de la conscience vigile (états hypnagogiques⁴ et hypnopompiques⁵, relaxation, fatigue, sommeil, méditation, état hypnotique, ivresse, etc.). La plupart des victimes sont perturbées par ce défaut de souvenirs. Néanmoins, certaines témoignent du contraire et se déclarent ravies de ne pas se souvenir de toute l'horreur.

La stupeur dissociative. Les victimes sont dans un état de sidération, d'hébétude, de stupéfaction. Elles manifestent un état confusionnel s'accompagnant de bradypsychie⁶, de désorientation⁷ et d'une altération de la capacité à raisonner, à comprendre les choses, à prendre des décisions et des initiatives, à poser des choix et à agir ou à réagir de manière adaptée. Elles paraissent indifférentes à ce qui leur arrive et au drame qui se joue et donnent l'impression de ne pas entendre lorsqu'on leur adresse la parole. Elles sont présentes physiquement, souvent figées, mais leur esprit semble absent. Elles sont absorbées par la scène traumatique qu'elles revivent de manière hallucinatoire, parfois pendant plusieurs jours. Elles racontent leur récit en boucle, sans tenir compte de leur interlocuteur, le regard rivé sur le scénario traumatisant qui se déroule dans leur esprit. Certaines personnes sont tellement confuses qu'elles éprouvent des difficultés à décliner leur identité et à répondre aux questions qu'on leur pose. Ultérieurement, elles peinent à se rappeler le déroulement de l'événement (amnésies, distorsions mnésiques telles que rappel anarchique de la succession des événements et interprétation erronée des faits, etc.) et d'en préciser la durée réelle.

¹ Définition de la CIM-10, F44.

² L'amnésie est l'incapacité à se rappeler d'aspects importants d'une expérience. L'amnésie dissociative est une amnésie psychogène.

³ L'amnésie complète est très rare.

⁴ État précédent l'endormissement.

⁵ Phase de réveil partiel qui succède au sommeil.

⁶ Ralentissement du cours de la pensée.

⁷ Altération de la faculté de se repérer dans le temps et dans l'espace.

Les troubles somatoformes dissociatifs. Les victimes peuvent manifester des troubles psychomoteurs dissociatifs entraînant une paralysie, une aphonie, un bégaiement, un trouble de la marche ou de l'équilibre, des mouvements involontaires et incontrôlés, des troubles sensitifs (perte de sensibilité ou de la sensation douloureuse), etc.⁸

La dépersonnalisation. Certaines victimes sont dissociées de leur identité et ont l'impression de ne plus être elles-mêmes. Elles éprouvent des sensations de dédoublement (par exemple, de se voir elles-mêmes de l'extérieur), d'être spectateur de leur vie ou d'agir de façon machinale à la manière d'un robot ; elles ont l'impression que l'événement arrive à une autre personne (défaut de personnification⁹), que leur corps est déformé ou qu'il ne leur appartient plus (décorporalisation)¹⁰.

La déréalisation. Les victimes ont un sens altéré de l'expérience de la réalité ; elles ressentent des impressions d'irréalité ou d'étrangeté des personnes et des choses ; elles éprouvent un sentiment prolongé et récurrent de détachement ; elles ont la sensation de vivre un rêve éveillé ou un cauchemar.

Les actions automatiques. On parle d'action automatique lorsque les personnes adoptent un comportement qui n'est pas issu d'un processus réflexif ou décisionnel. Les gestes et les actes sont exécutés machinalement dans un état de dissociation, ce qui les différencie d'une réaction réellement adaptée. Les victimes témoignent généralement d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation et manifestent fréquemment une amnésie rétrograde (limitée à la période de l'action automatique). Certaines actions automatiques semblent appropriées à la situation (s'enfuir pour échapper au danger, porter secours à des victimes en situation dangereuse comme, par exemple, entrer dans une maison en feu pour sauver des enfants¹¹, etc.), d'autres sont clairement inadaptées (gestes stéréotypés et comportements répétitifs inefficaces ou incongrus tels que lisser inlassablement le pli d'un vêtement complètement déchiré, parler aux personnes décédées, etc.). Parmi les plus fréquentes, citons les errances (déambulations au hasard) et la fugue dissociative, déplacement soudain, sans but préalablement établi et réfléchi ne cessant que lorsque la victime est épuisée¹². Dans sa fuite affolée, la personne se heurte parfois aux obstacles, piétine autrui, revient vers le danger au lieu de s'en éloigner, etc. Les raptus suicidaires commis au moment du drame pourraient eux-aussi être mus par ce qui semble être un besoin impérieux d'agir (par exemple, défenestration des victimes d'un immeuble en flammes).

La distorsion temporelle. Certaines personnes témoignent d'une perception altérée du temps, les événements leur semblant se dérouler au ralenti. Parallèlement, elles peuvent avoir l'impression de voir toute leur vie défilier devant leurs yeux en un temps record. Ce phénomène de brève durée apparaît généralement dans des situations extrêmes.

⁸ Voir les troubles de conversion

⁹ La personnification, la perception personnelle des souvenirs et l'assimilation psychologique des images sont des expressions équivalentes utilisées par Pierre Janet pour désigner le fait qu'un événement se rattache aux autres souvenirs et sensations dont l'ensemble constitue notre personnalité. Un affaiblissement de la synthèse mentale provoque une désagrégation de la conscience de l'événement vécu (Janet P., *Les névroses*, Ernest Flammarion, Coll. Bibliothèque de Philosophie scientifique, p.135, Paris).

¹⁰ La décorporalisation ou décorporéisation est une forme de dépersonnalisation caractérisée par un sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle. Elle se manifeste par une impression de pesanteur ou d'immatérialité, par une sensation de modification de la densité, du volume (corps dilaté ou rétréci) ou de la forme du corps ainsi que par la sensation d'une dissociation de son enveloppe corporelle (impression de flotter au-dessus de son corps).

¹¹ Rappelons que ces mêmes comportements peuvent être le fruit d'une décision lorsqu'ils sont pris sous l'effet d'un stress adaptatif.

¹² Ces fuites paniques sont contagieuses et peuvent déclencher de véritables paniques collectives. Voir Crocq L. (1992), « Paniques collectives et peurs immémoriales », *Psychol Médicale*, 24, 4, p. 395-401.

La dissociation péri-traumatique fait craindre une évolution péjorative de l'état psychique des victimes. Les phénomènes dissociatifs comptent parmi les stratégies d'adaptation¹³. Néanmoins, lorsqu'ils sont massifs (par exemple, amnésie totale ou amnésie partielle mais touchant des aspects importants de l'expérience), ils potentialisent le risque de psychotraumatisme car l'incident critique échappe ainsi au processus intégratif. Nombre de victimes ayant manifesté des symptômes dissociatifs recouvreront toutefois leur équilibre psychique spontanément, généralement après quelques heures ou quelques jours.

La dissociation péri-traumatique est considérée comme un des meilleurs indices prédictifs d'un syndrome psychotraumatique à plus long terme¹⁴. Toutefois, les recherches menées depuis près de vingt ans prouvent que la dissociation péri-traumatique n'est pas un facteur prédictif indépendant d'un stress post-traumatique¹⁵. Plus que la dissociation, c'est l'hyperactivation neurovégétative¹⁶ qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur¹⁷.

Les articles de la série :

- Bref historique de la dissociation : www.resilience-psy.com/spip.php?article238
- Les réactions dissociatives péri-traumatiques : www.resilience-psy.com/spip.php?article239

Bibliographie

Breh et Seidler, 2007; van der Velden et al, 2006 cité In Bryant R.A. (2013), « An Update of Acute Stress Disorder », Volume 24/N^o. 1, ISSN: 1050-1835, 2013, *PTSD Research Quarterly*, National Center for PTSD.

Birmes P., Sztulman H., Schmitt L. (2002), « Dissociation péritraumatique et état de stress post-traumatique : Étude prospective de six mois », *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 2, no1, Princeps, Issy les Moulineaux, France

Birmes P., Brunet A., Carreras D., Ducasse J. L., Charlet J. P., Lauque D., Sztulman H., Schmitt L. (2003), The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for

¹³ La stratégie d'adaptation se définit comme un changement de la cognition (pensée) ou par des efforts comportementaux (actions) entrepris par l'individu pour gérer une demande (interne ou externe) qui excède ses ressources (Lazarus et Folkman, 1984).

¹⁴ Birmes P., Sztulman H., Schmitt L. (2002), « Dissociation péritraumatique et état de stress post-traumatique : Etude prospective de six mois », *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 2, no1, Princeps, Issy les Moulineaux, France ; Fikretoglu D., Brunet A., Suzanne R., Best T. J., Metzler K., Delucchi D. S., Weiss J., Fagan A. Liberman C., Marmar R. (2007), « Peritraumatic fear, helplessness and horror and peritraumatic dissociation: Do physical and cognitive symptoms of panic mediate the relationship between the two? », *Behav Res Ther.* 2007 Jan;45(1):39-47 ; Ozer E. J., Best S. R., Lipsey T. L., Weiss D. S. (2003), "Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A metaanalysis", *Psychological Bulletin*, 129, 52-73 ; Vila G., *Maltraitements sexuelles. Quels sont les éléments permettant d'évaluer les risques de conséquences à moyen et long terme ?*, In Fédération française de psychiatrie (2004), *Conséquences des maltraitements sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir*, <http://lincesteparlonsen.org/articles/EVALUA~1.PDF> ; Birmes P., Brunet A., Carreras D., Ducasse J. L., Charlet J. P., Lauque D., Sztulman H., Schmitt L. (2003), *The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study*, *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1337-9 ; Difede J., Ptack J.T., Roberts J., Barocas D., Rives W., Apfeldorf W. (Difede J., Ptack J.T., Roberts J., Barocas D., Rives W., Apfeldorf W. (2002), *Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder?*, *Psychosom Med* 2002; 64: 826-34 ; Marmar R., Weiss D.S. Schlenger W.E. and al. (1994), « Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans », *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907 ; Tichenor V., Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T. J., Ronfeldt H. M. (1996), « The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(5), Oct 1996, 1054-1059.

¹⁵ Breh et Seidler, 2007; van der Velden et al, 2006 cité In Bryant R.A. (2013), « An Update of Acute Stress Disorder », VOLUME 24/NO. 1, ISSN: 1050-1835, 2013, *PTSD Research Quarterly*, National Center for PTSD.

¹⁶ Voir Jehel J., Brunet A., Paterniti S., Guelfi J. D. (2005), « Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique », *Can J Psychiatry*, Vol 50, No 1, January 2005.

¹⁷ Bryant R.A., Brooks R., Silove D., Creamer M., O'Donnell M., McFarlane A.C. (2011), "Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 49, 346-351.

posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study, *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1337-9

Bryant R.A., Brooks R., Silove D., Creamer M., O'Donnell M., McFarlane A.C. (2011), "Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 49, 346-351.

Crocq L. (1992), « Paniques collectives et peurs immémoriales », *Psychol Médicale*, 24, 4, p. 395-401.

Difede J., Ptack J.T., Roberts J., Barocas D., Rives W., Apfeldorf W. (Difede J., Ptack J.T., Roberts J., Barocas D., Rives W., Apfeldorf W. (2002), Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder?, *Psychosom Med* 2002; 64: 826-34

Fikretoglu D., Brunet A., Suzanne R., Best T. J., Metzler K., Delucchi D. S., Weiss J., Fagan A. Liberman C., Marmar R. (2007), « Peritraumatic fear, helplessness and horror and peritraumatic dissociation: Do physical and cognitive symptoms of panic mediate the relationship between the two? », *Behav Res Ther.* 2007 Jan;45(1):39-47

Janet P. (1919), *Les névroses*, Ernest Flammarion, Coll. Bibliothèque de Philosophie scientifique, p.135, Paris

Jehel J., Brunet A., Paterniti S., Guelfi J. D. (2005), « Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique », *Can J Psychiatry*, Vol 50, No 1, January 2005.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York.

Marmar R., Weiss D.S. Schlenger W.E. and al. (1994), « Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans », *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907

Ozer E. J., Best S. R., Lipsey T. L., Weiss D. S. (2003), "Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A metaanalysis", *Psychological Bulletin*, 129, 52-73

Tichenor V., Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T. J., Ronfeldt H. M. (1996), « The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(5), Oct 1996, 1054-1059.

Vila G., Maltraitements sexuelles. Quels sont les éléments permettant d'évaluer les risques de conséquences à moyen et long terme ?, In Fédération française de psychiatrie (2004), Conséquences des maltraitements sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir, <http://lincesteparlonsen.org/articles/EVALUA~1.PDF>

Bibliographie de l'auteur

Josse E. (2007), *Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose éricksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques*, La Méridienne/Desclée De Brouwer, Paris.

Josse E. (2011), *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, De Boeck, coll. Le Point sur, Bruxelles.

Josse E., Dubois V. (2009), *Interventions en santé mentale dans les violences de masse*, De boeck Université, Coll. Crisis, Bruxelles.

Josse E. (2014), *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, De Boeck, Bruxelles.

Nombreux articles d'Evelyne Josse sur www.resilience-psy.com