

LA DISSOCIATION : CONCEPTUALISATION, INTÉRÊT D'UNE INTRICATION AVEC LA SCARIFICATION ET PROTOCOLE D'INTERVENTION

Alexandre Dermesropian, Serge Goffinet et Emmanuel de Becker

EDP Sciences | « Psychologie Clinique »

2018/1 n° 45 | pages 115 à 133

ISSN 1145-1882

ISBN 9782759822911

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2018-1-page-115.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour EDP Sciences.

© EDP Sciences. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



La dissociation : conceptualisation, intérêt d'une intrication avec la scarification et protocole d'intervention

Alexandre Dermesropian^[1], Serge Goffinet^[2], Emmanuel de Becker^[3]

Résumé

L'article traite de la dissociation. Nous évoquerons les débats qui entourent ce concept, couramment défini comme un état auto-hypnotique impliquant une altération de la conscience et impactant différentes dimensions du fonctionnement psychologique de l'individu. La dissociation peut aussi être évoqué comme mécanisme de préservation face à un facteur potentiellement traumatique. La littérature scientifique reconnaît actuellement une implication de la dissociation dans le recours à l'automutilation superficielle. Nous tentons d'apporter un éclaircissement de la nature de cette implication et soulevons les apports hypothétiques d'une telle intrication, particulièrement en regard de la contrôlabilité ainsi que d'un rapport particulier à la douleur chez les patients scarificateurs. Nous décrivons ensuite un modèle d'intervention original, élaboré par l'un de nous et appelé protocole ARENE, permettant d'éviter de recourir à l'automutilation lorsque celle-ci paraît être en lien avec le déclenchement ou l'arrêt de symptômes dissociatifs.

Mots clés

Dissociation ; douleur ; protocole d'intervention ; scarification.

Summary

Dissociation : conceptualization, utility of juncture with scarification and protocol of intervention

The article talks about dissociation. We shall evoke the debates surrounding the conceptualization of the dissociation, usually defined as an auto-hypnotic state involving an altered consciousness and impacting on various dimensions of the psychological functioning of the individual. Dissociation may also be referred to as a mechanism of preservation against a potentially traumatic factor. Scientific literature states there is an implication of the dissociation in the recourse of superficial self-mutilation. We shall try to clarify the nature of this implication and give the hypothetical

[1] Alexandre Dermesropian, médecin clinicien candidat spécialiste en psychiatrie infanto-juvénile. Clinique universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain (UCL), avenue hippocrate 10, 1200 Bruxelles, Belgique.

alexandre.dermesropian@uclouvain.be

[2] Serge Goffinet, psychiatre, psychanalyste, thérapeute familial, Cliniques universitaires Érasme, université libre de Bruxelles (ULB). sergegoffinetpsy@msn.com

[3] Emmanuel de Becker, pédopsychiatre. Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain (UCL), Avenue Hippocrate, 10 à 1200 Bruxelles, Belgique. emmanuel.debecker@uclouvain.be



contribution of such an intricacy, especially compared to the controllability as well as to the particular report concerning the pain. We shall conclude an original model of intervention, developed by one of us and called *protocole ARENE*, allowing to avoid resorting to the self-mutilation when this one seems to be in connection with the release or the stop of dissociative symptoms.

Key words

Dissociation, pain, protocol of intervention, scarification.



Introduction

La dissociation est mal connue des professionnels de santé mentale. Elle renvoie à un type de fonctionnement spécifique consistant en une altération de l'état de conscience et plus largement une convocation de profonds changements dans l'état émotionnel, la mémoire et le sens de l'identité. Nous rappelons comment de tels mécanismes dissociatifs diffèrent de ceux du fonctionnement normal et impactent différentes dimensions du fonctionnement psychologique d'un individu. Régulièrement abordés par nombre d'auteurs (Swannell *et al.*, 2012 ; Lüdtke, 2016) comme facteur impliqué dans le recours à la scarification, nous évoquons ensuite une tentative d'articulation entre dissociation et scarification ainsi qu'un éclairage sur la nature de l'implication hypothétique de la dissociation dans le recours à la scarification. C'est à partir de notre cadre de consultations ambulatoires et de prises en charge hospitalières en psychiatrie juvénile, nous amenant à rencontrer de nombreux adolescents recourant à la pratique de la scarification, que nous proposons ici une lecture des comportements de scarification/automutilation à la lumière des connaissances actuelles concernant les phénomènes dissociatifs. Nous décrirons un modèle d'intervention original pour réduire le risque de l'automutilation lorsque celle-ci paraît être en lien avec le déclenchement ou l'arrêt de mécanismes dissociatifs.



La dissociation

La dissociation constitue un champ d'investigations assez récent. De plus en plus de travaux scientifiques, comme ceux menés par Spiegel, Vander Hart, Dell, Putnam, Nijenhuis, Van der Kolk, Lopez ou Vanderlinden, sont réalisés à ce sujet, permettant un repérage clinique des troubles dissociatifs.



Définition

En première intention, nous retenons la définition couramment retrouvée de la dissociation psychique, à savoir une rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement (Spiegel, 2011). Cette compréhension

évoque des processus mentaux semi-indépendants qui ne sont pas consciemment accessibles.

Avec le temps et selon la définition conceptuelle qu'on lui prête, le terme de dissociation a été utilisé pour décrire une variété de processus de l'esprit humain, tantôt au sens le plus large tantôt avec un sens plus restreint et orienté par la psychopathologie.

Si on considère la dissociation dans son acceptation la plus large, nous pourrions dire que tout humain a une propension à expérimenter des manifestations dissociatives relativement tolérables voire utiles. Nous faisons ici référence à des dispositions naturelles d'attention focalisée, d'absorption ou sous-tendues par une capacité d'auto-hypnose (état de conscience modifiée). La dissociation inclurait ainsi notre aptitude innée et naturelle, reposant entre autres sur des comportements automatiques, à expérimenter une altération de notre propre conscience. En cela, nous dirons déjà que la dissociation n'est pas toujours symptomatique, pas plus que pathologique. Pour décrire ces phénomènes, on parlera plus spécifiquement de dissociation quotidienne.

Mais, la dissociation dans une conceptualisation psychodynamique fait également référence à un mécanisme défensif face à un traumatisme aigu ou en réponse à une douleur intrapsychique de l'individu, face à des expériences accablantes et/ou des conflits intolérables engendrés par ces derniers. La dissociation recouvre ainsi la possibilité de se protéger d'une situation perçue comme menaçante, en se détachant de son vécu intégratif de conscience. Il y aurait donc un caractère adaptatif marqué à la dissociation dans des contextes de danger et/ou de traumatismes aigus ou chroniques, afin de prémunir l'individu de ses émois et inquiétudes. Néanmoins, si une expérience dissociative peut s'enclencher comme moyen de défense face à une situation potentiellement traumatique et s'avérer protectrice, celle-ci peut perdurer au-delà du danger ou de l'événement menaçant. Il peut également advenir sans raison apparente, conduisant à une désorganisation de l'individu alors sévèrement perturbé. C'est dans ce contexte qu'il y a lieu de parler d'une dissociation dite pathologique, à distinguer donc de la dissociation quotidienne. Sous couvert d'une dimension adaptative, l'être humain disposant de patterns d'actions employés à absorber les effets d'un danger et préserver l'individu d'affects pénibles ou insoutenables, la dissociation peut s'avérer incongrue, inadaptée et se développer sur un mode psychopathologique.

Suivant ce cheminement conceptuel, on comprend donc que la dissociation ne qualifie point un comportement mais bien un trait du fonctionnement psychique. Pour rendre compte de ces phénomènes et tenter de capter ces ruptures survenant dans l'ordre de l'être et de la conscience, soulignons les travaux de Fareng (2014) qui identifie les différentes dimensions susceptibles d'être impactée par la dissociation :



Dissociation sensori-motrice	• Altération des fonctions sensori-motrices : sensation de douleur ou anesthésie, paralysie, perte de vue/ouïe
Dissociation cognitive	• Arrêt de la pensée, rupture du fil du dialogue intérieur • Difficultés d'élaboration à l'égard de ce qui paraît impensable, irréel • Perte de l'esprit conscient et rationnel. Imaginaire et perception prennent le dessus
Dissociation des affects	• Détachement paradoxal face à la rencontre de l'imminence de la mort • Émoussement affectif
Dissociation temporelle et/ou spatiale	• Altération de l'espace et du temps, perte de repères • Rêveries, flash-backs • Impact sur alteration des souvenirs
Dissociation mnésique	• Perturbation de l'encodage, amnésie partielle parfois totale, remémoration impersonnelle de l'événement
Dissociation de l'identité	• Sentiment de déréalisation ou dépersonnalisation
Dissociation de la volonté	• Réaction comportementale inhibée ou automatique • Stupeur dissociative, sidération, « gel » cataleptique • Possibilité de réaction ne répondant plus au contrôle

Figure 1. Dimensions de la dissociation (Fareng, 2014).

Les symptômes dissociatifs peuvent potentiellement faire irruption dans n'importe quel champ (ou dimension) du fonctionnement psychique. Nous pouvons parler d'un « spectre dissociatif », balayant un nombre conséquent de phénomènes à la fois dynamiques et variables.



Classification

Les tentatives de compréhension se succèdent dans un souci de clarification, au risque pourtant de rendre la conceptualisation de la dissociation plus trouble. Considérons deux d'entre elles régulièrement citées dans la littérature actuelle :

- La première, de Van der Hart et collègues (2004), met en exergue une double distinction de la dissociation, séparant les manifestations entre symptômes négatifs ou positifs d'une part, et dissociation psychogène ou somatoforme d'autre part :
- Les symptômes négatifs reflèteraient une perte au niveau de la mémoire, de la motricité, de la conscience somatique ou des compétences. Les symptômes positifs eux renverraient à une intrusion (hypermnésie, nouvelle personnalité, flash-backs).

- Les dissociations psychogènes s’appliqueraient à un bouleversement de la mémoire, de la conscience et/ou de l’identité tandis que les dissociations somato-formes comprendraient des bouleversements dans le mouvement, la sensation et/ou la perception.
- La deuxième, d’Holmes et collègues (2005), distingue les aspects phénoménologiques en catégories, c’est-à-dire le détachement et la compartimentation :
- Le détachement équivaldrait à un sentiment de brisure de Soi et/ou de séparation d’avec le monde extérieur. Pour l’illustrer, les auteurs situent la dépersonnalisation ou la déréalisation dans cette catégorie.
- La compartimentation ferait référence à un déficit du contrôle délibéré des actions, conjugué à une défaillance de l’accessibilité de certaines informations à la conscience. Les auteurs retiennent dans cette catégorie les amnésies dissociatives, les troubles dissociatifs de l’identité, les fugues dissociatives, les pseudo-hallucinations, les pertes de la sensibilité et dissociation somatoforme...

Outre ces classifications théoriques, si nous nous référons aux DSM, nous remarquons une évolution entre la version 4 et 5. Là où le DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1994) limitait la référence sur le traumatisme aux symptômes du « PTSD » (*post-traumatic stress disorder*), la dissociation en elle-même étant réduite aux troubles dissociatifs, quelques adaptations ont été apportées par le DSM 5, parmi lesquelles une nouvelle subdivision dissociative pour le PTSD. Ces ajustements ne rallient pas tous les cliniciens qui continuent à soulever des problèmes conceptuels plus généraux dans la définition de la dissociation et des troubles dissociatifs (Spiegel, 2011).

Modèle de compréhension

Les débats sémantiques s’amorcent très tôt dans l’histoire de la conceptualisation du terme, notamment entre les partisans de Janet (1889) et ceux de Freud (1893-1895). Le premier invoque un défaut d’intégration dû à un Moi constitutionnellement trop faible ou fragilisé par des traumatismes, qui impliquera un déficit d’intégration des fonctions du moi (mémoire, perception, conscience) ; le second, dans sa théorisation sur l’hystérie, l’évoquera comme la conséquence d’un mécanisme de défense mis en place par le Moi pour se protéger de traumatismes réels ou fantasmés. En développant des thèses originales sur les traumatismes psychiques et leurs symptômes, Ferenczi fait appel à la fragmentation et au clivage comme modes privilégiés de défense dans le trauma primaire, plutôt qu’au refoulement (Bertrand, 2012). L’irruption de l’événement traumatique sera en outre commentée par Ferenczi (1931-1932) comme une véritable onde de choc provoquant la dislocation de la personnalité et entraînant un clivage entre parties morte et adaptée de la personne traumatisée, clivage pouvant se multiplier à l’extrême jusqu’à la fragmentation complète de la personnalité. La souffrance psychique liée à ces traumatismes s’exprimerait en symptômes non névrotiques. Il évoque ainsi l’idée d’une psychose passagère, qui viendrait



remanier le rapport du sujet à la réalité. Notons cependant qu'avant Ferenzei, Bleuler (1911) avait déjà introduit la conception de la dissociation dans le champ de la psychose pour témoigner d'une certaine désagrégation psychique qui s'exprime dans des manifestations discordantes de la pensée, des affects et du comportement. Depuis lors, la conceptualisation de ce terme a continué à naviguer aux frontières de symptômes hystériques, post-traumatiques et schizophréniques.

L'intérêt récent porté aux conséquences des traumatismes va cependant conduire à une spécificité accrue du concept qui sera bientôt qualifié de dissociation péri-traumatique (Lopez, 2010). Il y sera alors question de la dissociation en tant que mécanisme phylogénétique de *coping* permettant de mobiliser une activité de protection face aux émotions et aux sensations intolérables, où se joue alors une déviation subjective du sentiment de soi/du monde et des bascules entre divers états de conscience. À l'aune de cette série de travaux consacrés aux traumatismes, certains (Lopez, 2010 ; Kédia *et al.*, 2012) iront jusqu'à faire de la dissociation un concept qui n'aura de pertinence qu'en cette matière, la dissociation étant alors comprise comme un manque d'intégration entre système d'action quotidien et système d'action défensif sensé parer à toute menace.

Parallèlement à l'advenue de cette compréhension spécifique de la dissociation, on notera qu'une polémique (Spiegel *et al.*, 2011) s'est engagée sur la compréhension de la dissociation, soit comme altération, soit comme scission/discontinuité de l'état de conscience. Une première compréhension considère la dissociation comme altération de l'état de conscience impliquant un jeu de bascule entre divers états d'éveil et un désordre dans les sentiments existentiels. Il se joue alors une déconnection momentanée de soi et du monde, accompagnée d'une perte de familiarité à l'environnement, d'expérience d'étrangeté... On peut par ailleurs percevoir la dissociation en tant que dislocation de différents systèmes (mémoire, perception, conscience, identité) avec compartimentation.

Dans la littérature actuelle (Spiegel *et al.*, 2011, Smith, 2016), il est fait état de plusieurs approches plus ou moins concurrentes, tantôt faisant transparaître des différences qualitatives, quantitatives tantôt catégorielles voire encore conceptuelles, qui représentent des tentatives non exclusives les unes des autres, mais complémentaires :

- On peut tout d'abord retrouver une proposition de séparation en dissociation normative, dissociation modérée ou dissociation sévère (Karpel et Jerram, 2015) ou encore une distinction en dissociation quotidienne, dissociation traumatique ou fragmentation du moi à l'extrême (Kédia, 2009). La question demeure ouverte d'intégrer ou non les capacités psychobiologiques habituelles (absorption, oubli ordinaire, rêveries) dans le champ de la dissociation.
- Le débat peut également s'entendre à un autre niveau. Certains comme Brown (2006), s'étayant sur les travaux des premiers cliniciens nord-américains, considèrent un *continuum* dissociatif du normal au pathologique, avec des répercussions

spécifiques et inter-individuelles. Ce point de vue permet de relier les formes mineures et les formes graves de dissociation en continuité les unes avec les autres, formant des degrés d'un seul et même phénomène. Mais, cela rendrait moins bien compte de l'inégalité pathologique des phénomènes dissociatifs d'après Spiegel *et al.* (2011).

– Un autre point de vue vise à une distinction catégorielle entre dissociation normale et dissociation pathologique, qui intégrerait le fait que les symptômes dissociatifs des personnes souffrant de troubles dissociatifs complexes seraient qualitativement différents de la dissociation observée dans d'autres populations. Dans la foulée de ces derniers, plusieurs auteurs ont ainsi proposé des échelles et des questionnaires pour opérationnaliser le concept, par exemple la DES (*Dissociative Experience scale*, Bernstein et Putnam, 1986) dont la déclinaison en une sous-échelle nommée DES-T (*DES-taxon*, Waller, Putnam et Carlson, 1996) permet de discriminer plus efficacement la dissociation pathologique de celle qui ne l'est pas.

– Notons encore une lecture qui rend compte de l'adaptabilité du processus, en distinguant dissociation traumatique adaptative de dissociation pathologique et rappelons encore l'intérêt pour les méthodes d'hypnose qui singularisent état dissociatif traumatique et état dissociatif hypnotique (Kédia, 2009).

Ne prenant pas parti pour une des modélisations en particulier, nous pensons que la pluralité des propositions conceptuelles à propos de la dissociation a un impact notable sur le repérage du trouble dissociatif dans la clinique et la littérature scientifique. La recherche sur la prise en charge psychothérapeutique des symptômes dissociatifs demeure à n'en pas douter un champ d'investigation qui demeure passionnant.

Pour la suite, nous montrons une articulation entre un type de fonctionnement spécifique qu'est la dissociation et le comportement scarifiant.

Scarification et dissociation

✱ Considérations générales sur la scarification

Il est communément admis le caractère délibéré, intentionnel et conscient de l'altération du corps, mais également un caractère non suicidant à l'acte scarifiant ou du moins la non intention consciente de mourir. Notons toutefois qu'il peut exister un risque suicidaire à terme. Favazza (1990, 1996) a distingué les automutilations en 3 catégories dont les automutilations superficielles, séparées en compulsives et impulsives, paraissent les moins spécifiques d'un tableau clinique donné. Les automutilations superficielles recouvrent des comportements diffus, très hétérogènes dans ses formes et ses motivations. Il nous faut tenir compte d'un comportement souvent passé sous silence, de par le caractère solitaire ou caché que peut recouvrir l'acte. Le recours à l'automutilation fait écho à une souffrance individuelle agie qui ne s'étaye pas sur un fonctionnement psychique spécifique. Ces aspects sont



pleinement retrouvés dans la population des adolescents. En envisageant ce recours à l'automutilation en lien avec le passage adolescentaire (Dargent, 2010), une hypothèse se soulève d'emblée : la scarification paraît le plus souvent transitoire et ne présage pas forcément de l'implication d'une structure psychopathologique en devenir. Par ailleurs, retenons la place prépondérante, au sein de la population des troubles de personnalité et principalement borderline, de l'automutilation qui constitue un critère diagnostique majeur. Plusieurs études (Castille *et al.*, 2007) ont relevé que l'automutilation impulsive pouvait être liée à d'autres comorbidités, comme par exemple les troubles du stress post-traumatique, les troubles dissociatifs, les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), ou encore les troubles anxio-dépresseurs. Les gestes scarifiants semblent donc multi-déterminés, avec nombre d'influences interactives et de facteurs environnementaux. Il semble de plus y avoir une faible spécificité du comportement dans sa répétition, en terme d'occurrence et d'uniformisation. Ajoutons que l'automutilation renvoie à une économie propre du comportement initial. Le côté répétitif de l'acte amène à une décontextualisation du comportement au point où le sujet ne parvient plus à donner du sens à l'acte ni à en percevoir les tenants et aboutissants. Il est ardu d'établir un consensus sur le fait de considérer l'automutilation et ses corollaires comme un comportement, une conduite ou un geste. Mais, en tout cas, il convoque l'agir, les automutilations semblant substituer de prime abord l'acte à la parole. Il y a souvent une pauvreté de langage entourant l'acte, ou un discours plutôt stéréotypé et empreint de déni. Comme dans bien d'autres entités ou symptômes, l'indicible favorise l'agir.

✿ Lien entre dissociation et scarification

D'après nous, il y aurait une pertinence à une lecture du recours à la scarification par le prisme de la dissociation, ce qui renvoie aux troubles dissociatifs et en conséquence à la dissociation pathologique, ou à une modalité de défense face à une situation potentiellement traumatique, voire simplement à une expérience psychosensorielle déstabilisante ou désagréable. Une articulation entre dissociation et automutilation nous paraît devoir être étudiée à plus d'un titre.

– Certains évoquent le phénomène dissociatif comme facteur de risque de recourir à l'automutilation (Zetterqvist *et al.*, 2014). D'autres mentionnent des conceptions (alexithymie, dysrégulation émotionnelle) moins spécifiques de la dissociation mais qui s'incluent dans des tableaux dissociatifs (Tolmunen *et al.*, 2010 ; Lüdtke *et al.*, 2016).

– Un autre auteur, Vanderlinden (2009), fait mention de la dissociation dans sa tentative de synthétisation des fonctions non adaptatives de l'automutilation. Elles sont multiples, mais comprennent le recours à l'automutilation comme forme de régulation d'expériences dissociatives. Parmi ces différentes fonctions, l'automutilation paraît être recherchée tantôt du côté de la relaxation – laquelle cherche à diminuer la tension par induction de la dissociation – tantôt du côté de la stimulation – en vue

d'échapper à la dissociation. Pour l'individu, il y a lieu de sortir d'un état dissociatif ou provoquer une entrée en un état dissocié. S'il est relevé que l'automutilation peut provoquer ou accroître la dissociation, l'automutilation paraît le plus souvent utilisée pour mettre fin aux sensations de dissociation.

– L'automutilation est reprise dans le diagnostic de certains troubles dissociatifs, voire de certaines catégories isolées du trouble somatoforme de conversion et troubles factices (Birmes *et al.*, 1999). Les troubles dissociatifs n'ont certes pas l'exclusivité du recours à l'automutilation, mais incluent leur usage... Toujours est-il que Saxe *et al.* (2002) affirment un recours très régulier à des comportements scarificatoires chez des patients avec troubles dissociatifs diagnostiqués (86 % de la population étudiée).

– Il n'est pas inutile de réfléchir cette articulation en la mettant en lien avec la question du trauma. Qui dit dissociation dit presque inmanquablement traumatisme. Des adolescents ayant recours aux automutilations ont montré de hauts niveaux de violence psychologique (77,4 %), d'abus physique (38,7 %) et d'abus sexuel (36,6 %) dans leurs antécédents personnels (Zetterqvist *et al.*, 2014). Or, l'expansion actuelle de la littérature de la psycho-traumatologie a nettement mis en avant l'impact de processus dissociatifs à la suite de traumatismes liés à l'enfance, notamment dans le stress aigu ou le PTSD. Retenons que certains auteurs énoncent la médiation de la dissociation dans le recours à l'automutilation chez des patients victimes de traumatismes et plus encore lorsqu'ils sont impactés symptomatiquement par l'événement traumatique (Swannell *et al.*, 2012).

– Globalement, il est relevé que des personnes qui se mutilent sont davantage susceptibles de vivre une expérience de dissociation que la population générale.

– Il existerait également un lien entre dissociation et hétéro ou auto-agressivité. Vandevoorde *et al.* (2015) soulignent le lien entre la dissociation et certains passages à l'acte violents. Ainsi, les épisodes dissociatifs pourraient induire une variation de l'activité psychologique pouvant prendre la forme d'une hausse d'un sentiment d'irréalité, de l'utilisation d'un mode moteur automatique, de capacité d'immersion oniroïde, de la mise à distance du sujet et de ses actes par l'amnésie, d'une modification des signaux sensoriels, d'une activité préfrontale altérée et de modification de régulation des fonctions exécutives, de la baisse du sentiment de peur ou des freins moraux. Il paraît encore nécessaire de recouper les tableaux dissociatifs possibles avec la compréhension scientifique actuelle du déclenchement de la motricité agressive.

– Enfin, n'omettons pas le champ de la souffrance et de la douleur. L'expérience dissociative pourrait être une piste intéressante dans la compréhension du rapport à la douleur, intrigant à plus d'un titre chez les individus s'adonnant à ce type de pratique. Pour certains sujets, il est question de centrer l'attention sur l'expérience physique de la blessure, vouloir se sentir en vie dans une recherche de personnalisation du corps. Pour d'autres, la douleur ne semble pas recherchée pour elle-même, voire s'avère soulageante. La douleur est parfois déniée ou sa perception atténuée



voire absente. Elle ne paraît plus non plus être un obstacle à la répétition du geste mutilant, dans le caractère addictif que l'on peut reconnaître au comportement mutilant. Peut-on y traduire l'intrication des altérations de conscience propre aux mécanismes dissociatifs qui seraient la motivation au recours à l'automutilation ? Si la douleur est aujourd'hui comprise comme une expérience multidimensionnelle incluant des composantes discriminante, affective, motivationnelle et cognitive, il semble acté qu'il puisse exister un lien entre les processus neurophysiologiques impliqués dans la douleur et les mécanismes de la conscience (Ebrinc, 2002 ; Saxe *et al.*, 2002). Il y aurait clairement un intérêt à concevoir le phénomène dissociatif comme acteur potentiel voire primordial dans les processus algiques des scarifications. Il existerait sans doute des mécanismes neuropsychologiques communs entre la douleur et la dissociation (Bob, 2008).

A la suite de ces considérations, nous ne pouvons que relever certaines similitudes dans le discours clinique des patients automutilateurs. Une touche dissociative vient remettre en perspective les paroles des individus se scarifiant : « Je ne me souviens pas m'être coupé » évoquerait une certaine amnésie, et plus forcément un déni. « Je n'étais pas moi-même » devrait davantage se questionner du côté d'une forme de dépersonnalisation. « Ce n'était pas moi qui me coupait » pourrait renvoyer à une contrôlabilité perturbée, voire une automatisation du comportement. Aussi, on peut entendre d'autres se confier : « Ce n'était plus tolérable et me couper m'a permis un soulagement » ou encore « Cela m'a permis de sortir d'un état horrible ». Ceci pourrait témoigner d'un recours à l'automutilation qui permettrait de faire cesser l'expérience dissociative gênante. Enfin, « Je voulais me sentir réel », soit se faire mal et s'éprouver pour se sentir en vie, pourrait s'avérer une confiance qui n'est pas sans rappeler les travaux de David Le Breton (2010) quand il considère que l'acte de s'automutiler a aussi comme signification de se sentir bien vivant face au risque de vide.

* Quelle dissociation dans l'automutilation ?

La co-occurrence de phénomènes dissociatifs et du recours à l'automutilation est retrouvée dans la littérature scientifique actuelle (Matsumoto *et al.*, 2005 ; Zetterqvist *et al.*, 2014). On parle de facteur de risque ou de facteur de médiation... Mais comment affiner leur intrication ou leur impact respectif l'un sur l'autre ? De quelle dissociation est-il question dans une influence potentielle sur les gestes scarifiants ? Le concept de dissociation doit-il être compris au sens large ou au sens restreint ? Devons-nous concevoir la dissociation comme symptôme, état ou processus ? En regard du polymorphisme entourant la définition, renvoie-t-elle à une simple altération de la conscience ou à une véritable compartimentalisation des processus psychiques dont certains ne seraient plus accessibles à la volonté ?

A la suite de ces quelques interrogations qui sont loin d'être exhaustives, relayons une tentative de mise au point proposée par Karpel et Jerram (2015). Ces auteurs se

sont intéressés au risque de recourir à l'automutilation en regard de différents niveaux de dissociation, différenciés par les classifications actuellement en rigueur, *via* l'obtention de scores liés à la passation de l'échelle DES. Des outils d'évaluation développés, telles l'échelle DES, cherchent à discriminer la dissociation pathologique de celle qui ne l'est pas.

Les auteurs se sont étonnés de l'obtention des résultats statistiques, surpris que la dissociation normative (et moins la dissociation clinique ou sévère) puisse se révéler être prédictrice du recours à l'automutilation. Intuitivement, ces résultats nous renverraient donc à un recours aux automutilations qui ne serait pas directement corrélé à la gravité symptomatique et fonctionnelle des processus dissociatifs. Deux constations émergent : Au sein d'une première population manifestant une dissociation dite pathologique, certains sujets s'en accommoderaient mieux que d'autres et n'auraient dès lors pas recours à l'automutilation. Pour ceux-ci, la dissociation pourrait s'avérer être un facteur protecteur contre l'automutilation, car le processus dissociatif réussirait en lui-même à contrer la détresse ou la perception rejetée. Les phénomènes dissociatifs ne seraient dès lors pas à combattre pour eux-mêmes. Cet état justifierait donc l'absence de corrélation en terme de prédiction des niveaux de dissociation clinique avec le recours à la pratique scarifiante. Au sein d'une seconde population moins impactée cliniquement par la dissociation, soit une dissociation normative, il semblerait qu'il y ait néanmoins à tenir compte d'un degré suffisamment important de phénomènes dissociatifs, certes peu conséquents sur le plan clinique, mais qui provoqueraient par eux-mêmes un mal-être augmentant le risque de recourir à l'automutilation pour faire cesser le phénomène.

Pour mieux rendre compte du risque plus notable de recours à l'automutilation en regard des niveaux de dissociation, Karpel et Jerram s'éloignent d'une répartition entre dissociation pathologique et non pathologique (basée sur les scores du DES), afin de développer un modèle plus représentatif du risque de recourir à l'automutilation (figure 2). Soulignons entre autres deux sous-niveaux au sein de la dissociation normative, avec propension plus ou moins importante à côtoyer des expériences dissociatives.

Au sein de la dissociation normative, l'un de ces groupes (score de 15 à 30 à l'échelle DES II) serait plus confronté à de la dissociation que l'autre (score de 0 à 15), incluant divers tableaux cliniques comme les expériences d'absorption, d'engourdissement sensoriel ou de torpeur, de déréalisation ou de dépersonnalisation face au stress. Pour cette population, l'automutilation servirait alors de régulateur face à l'expérience dissociative, non encore répertoriée de psychopathologique. Le recours à l'automutilation comme régulateur (et donc arrêt) de l'expérience dissociative mènerait le sujet à se protéger d'une accentuation de la symptomatologie dissociative, désagréablement vécue, et malgré tout inefficace face à l'expérimentation de détresse rencontrée, voire la renforçant. Nous retrouvons nombre d'adolescents dans ce tableau clinique.



Modèle de classification envisagé	Tranches des scores à DES-II (échelle d'expérience dissociative II) équivalent	Phénomènes dissociatifs associés	Risque de recourir à des scarifications non suicidantes
Faible niveau de dissociation normative	0-15	Rêveries diurnes, auto-hypnose lors de la conduite automobiles...	Faible
Haut niveau de dissociation normative	15-30	Expériences d'absorption plus tenaces, engourdissement sensoriel, déréalisation/ dépersonnalisation	haut
Faible niveau de dissociation clinique	30-45	Amnésie péritraumatique ou occasionnelle, flashbacks	faible
Haut niveau de dissociation clinique	45-60	Troubles dissociatifs et symptômes associés, discontinuité dans l'expérience et le vécu de l'être	Haut

Figure 2. Conceptualisation des facteurs de risques à 4 paramètres (Karpel et Jerram, 2015).

Au regard de cette étude, il nous faut être prudents sur les liens de corrélation en termes de facteur de risque pouvant être réalisés entre automutilation et dissociation. Néanmoins, retenons que le niveau de dissociation pouvant mener à l'usage de la scarification ne serait pas forcément celui qu'on aurait pu imaginer intuitivement, c'est-à-dire basé sur l'intensité ou la sévérité du phénomène en lui-même. Soulignons que le processus dissociatif relève avant tout d'un mécanisme de défense face à des affects douloureux ou pénibles pouvant s'avérer efficaces. L'idée que la dissociation puisse être une tentative par moments mal-adaptée de faire face à des émotions et sentiments intolérables est alors renforcée.

Selon l'étude, un niveau de dissociation entre 15 et 30 à l'échelle DES-II équivaudrait typiquement à ce que peut expérimenter un jeune adolescent. Les adolescents constitueraient donc la population-type de cette sous-classe d'individus expérimentant à bas bruit la dissociation, c'est-à-dire, hors contexte pathologique, et en proie

à l'usage de scarifications comme fonction modulatrice. Rappelons que plusieurs études ont relevé, au sein de la population générale, de plus hauts niveaux de dissociation pour la période adolescente qu'à d'autres moments de vie de l'individu (Putnam *et al.*, 1996). On comprend aisément que le passage pubertaire puisse être un moment de fragilité menant à expérimenter ce type de phénomène dissociant à bas bruit tout autant qu'au recours à l'attaque du corps (Boucherat-Hue, 2016). Il semble donc qu'il faille considérer l'implication de la dissociation dans le recours à la scarification même pas dans son sens le plus psychopathologique, mais déjà à l'échelle de niveau de dissociation qualifiable de normatif. On comprend dès lors que le recours à la scarification imposée par une expérience dissociative ne concernerait pas que des populations psychiatriques lourdement touchées par de la dissociation, et donc potentiellement des adolescents chez lesquels aucun état psychopathologique spécifique ne serait à relever...

Perspective d'accompagnement

Nous nous centrerons sur l'accompagnement thérapeutique de patients qui n'appartiennent pas aux catégories de déficience mentale et de troubles psychotiques patents. Dans le cadre de cet article, nous développerons une seule modalité d'accompagnement intégrant les avancées thérapeutiques liés à la dissociation pouvant s'avérer pertinente notamment dans la prévention du recours à l'automutilation. Dès lors, nous proposons un plan thérapeutique original, sous la forme d'un protocole inédit, ARENE, élaboré par S. Goffinet.

Présentation

Le protocole A.R.E.N.E. renvoie à des abréviations reprises dans la figure :

A	Ancrage sensoriel • V.,A.,K.,O.,G. – Visuel – Auditif – Kinesthésique – Odorat – Goût
R	Respiration • Apport d'exercices à réaliser selon les principes du ressourcement ou du tai-chi/qi gong.
E	Émotion • Régulation notamment par la méthode verbale, soit une adaptation psychodynamique de la thérapie comportementale dialectique^[4] (TCD)

[4] Thérapie comportementale dialectique (dialectical behavior therapy) : méthode développée par le Prof Marsha Linehan, issue du courant de la psychothérapie cognitivo-comportementale. Initialement adressée aux patients borderline, elle s'appuie



N	Nomination • De différents affects, émotions, ou circonstances.
E	Expression • Au départ de médias non verbaux

Figure 3. Protocole ARENE (Goffinet).

Il s'agit en fait d'un protocole de prise en charge dans les situations suivantes :

- dissociation de la conscience (absence à soi-même ; dépersonnalisation),
- dissociation impliquant le somatique (scarification, trouble alimentaire),
- dissociation de la mémoire (absence de souvenirs déjà remémorés)
- dissociation en terme de perception (modification perceptive : ombre derrière soi, voix, impressions cutanées, odeurs, goût hors repas).

L'application de ce modèle est retenue essentiellement en milieu hospitalier. Il s'agit d'un protocole qui se conçoit comme une succession chronologique d'étapes, selon un ordre à respecter. Il permet ainsi de tenir compte d'un accès à la parole souvent impossible au moment de l'épisode dissociatif, et d'un risque de passage à l'acte majeur en contrepoids. Au fur et à mesure des étapes, la capacité d'élaboration ou de verbalisation est attendue et encouragée.

Il nous paraît prendre en compte les dimensions non-adaptatives du recours à l'auto-mutilation, en lien avec la dissociation. Cette modalité s'applique à la prévention à l'égard d'automutilation qui serait motivée par une modulation des phénomènes dissociatifs, l'objectif étant d'éviter une orientation et une issue dramatique de la pulsion de mort agie dans les processus dissociatifs.

✿ Description

Ancrage sensoriel (V.A.K.O.G. = visuel, auditif, kinesthésique, odorat, goût)

L'important est d'ancrer l'individu dans la réalité sensorielle de sa présence et de l'environnement avoisinant. Nous proposons ici de témoigner de quelques consignes exemplatives de ce réancrage sur le plan visuel, auditif, kinesthésique, ou encore olfactif :

a) Exercice de présence sensorielle

« Gardez les yeux ouverts, faites du regard le tour de la pièce, prêtez attention aux objets qui s'y trouvent, observez les détails de chacun de ces objets » ; « Prenez un coussin, une peluche ou une balle de tennis » ; « Mettez un linge humidifié sur votre visage, ou prenez quelque chose de froid en mains » ; « Écoutez de la musique

sur une « dialectique » acceptation-changement. Cette philosophie, propre au modèle, va conduire le patient, d'une part à développer les capacités d'acceptation de son vécu tel qu'il est dans le moment présent (acceptation) et, d'autre part, à s'engager dans des comportements qui visent à transformer ce vécu et améliorer sa situation (changement).

douce » ; « Concentrez toute votre attention sur la plante des pieds qui touchent le sol » ; « Concentrez toute votre attention sur ma voix »...

b) Jeu 12345

« Nommez cinq choses que vous pouvez distinguer dans la pièce » ; « Nommez quatre choses que vous pouvez percevoir » ; « Nommez trois choses que vous pouvez entendre maintenant » ; « Nommez deux choses que vous pouvez percevoir avec l'odorat ou le goût » ; « Dites une chose positive à propos de vous ».

c) Dissociation de la conscience totale (ex : épreuve du glaçon sur l'avant-bras ou dans la main, exercices d'étirement des jambes, des bras, des hanches et de la colonne).

Respiration

Quelques modalités respiratoires selon les principes de ressourcement ainsi que d'autres techniques de respiration développées conviennent dans la méthode proposée. L'entraînement à la respiration complète cherche à conscientiser la respiration et à s'appesantir sur le cycle respiratoire, en restant attentif aux sensations et en accompagnant mentalement le flux et le reflux du souffle. Durant tout l'exercice, il s'agit sur le plan mental, de tenter de faire cesser le brouillage permanent des pensées passagères en se concentrant sur le flux respiratoire et en comptant les respirations. Ceci permettra d'améliorer la capacité de concentration et de résistance au stress. L'exercice doit être initialement rythmé de manière lente et fluide, sans à-coups. A la fin de l'exercice, préconiser plusieurs cycles de respirations complètes avec un rythme plus fluide, un souffle plus naturel, sans phase de rétention. Une fois l'exercice maîtrisé, prendre l'habitude de le faire, dans toutes les positions et les occupations habituelles, pour se décontracter ou se concentrer. Lorsque des contractions musculaires se manifestent, reprendre ce cycle respiratoire et guider mentalement l'inspiration et l'expiration vers la zone contractée pour la détendre. Au bout de plusieurs cycles respiratoires, l'objectif est une décontraction progressive des muscles stressés. Attention à accompagner le souffle avec le guidage mental.

Émotion

a) Ancrage cognitif

Il s'agit par de questions courtes de resituer l'individu dans la réalité de son identité la plus basale : « Où êtes-vous ? » ; « Quel jour sommes-nous ? » ; « Quelle date sommes-nous ? » ; « En quelle année sommes-nous ? » ; « Quel est votre âge ? » ; « En quelle saison sommes-nous ? »...

b) Activités

Ici, on demande à l'individu de parler de plus en plus fort et ensuite de moins en moins fort à propos des émotions, ou d'exagérer la prononciation des voyelles, enfin encore de mimer avec le visage les expressions primaires...



c) Modulation de l'émotion

L'essentiel est d'être à l'écoute et de décrire son émotion. Il y a lieu également de veiller à réduire la vulnérabilité à l'émotion (prendre en charge les problèmes somatiques, prendre soin du comportement alimentaire lié à l'émotion, envisager une médication spécifique si cette émotion déstabilise, analyser l'incidence de cette émotion sur le sommeil, voir comment l'exercice physique influence cette émotion). Après s'être concentré sur l'émotion, le sujet réalise quelques respirations profondes. Enfin, on l'invite à s'exprimer sur tout ce qu'il pourrait associer à cette émotion dont il pourrait parler en entretien avec le psychothérapeute.

Nomination

L'essentiel est de faire nommer les affects en prenant éventuellement appui sur des médias, en respectant trois temps successifs (Prendre la feuille avec des visages montrant différentes expressivités et demander à sélectionner deux ou trois visages maximum correspondant au moment présent. Demander d'associer ces visages aux mots qui les désignent et prendre le dictionnaire pour en approfondir la signification. Demander à associer ces visages à des connaissances).

Expression

Nous recommandons de partir du média le plus fluide, permettant une action d'immédiateté, au média le plus solide, impliquant un objet qui a à être de plus en plus façonné dans le processus créatif : peinture digitale → couleurs à eau → peinture → craie → marqueurs magiques → crayon → terre glaise → terre à l'huile → bois → pierre.



Conclusion

Si elle est relativement méconnue au sein de la santé mentale, la dissociation peut apporter un éclairage sur certaines symptomatologies, comme entre autres la scarification. Nous avons tenté d'articuler le concept dans ce qu'il pouvait avoir de pertinent en lien avec les automutilations. S'il est ardu de faire la part entre le phénomène que l'automutilation tente d'arrêter et l'acte de coupure en lui-même potentiellement dissociant, nous ouvrons la perspective que l'état altéré de conscience (ou la discontinuité d'état) ne concernerait pas exclusivement les automutilations dont la motivation vise une sortie d'un état de dissociation sévère. Aussi cette articulation vient remettre en cause en partie la définition conceptuelle pourtant bien acquise de l'automutilation. En effet, n'y-a-t-il pas vacillement de la définition même de l'automutilation qui stipule un caractère intentionnel et conscient à l'acte de coupure ? L'intentionnalité, voire le caractère délibéré de l'acte scarifiant tranche parfois avec la précipitation impulsive de ces individus ayant recours à ce comportement. La contrôlabilité de l'acte est aussi dénoncée par les automutilateurs

eux-mêmes. Or, la spécificité d'une intentionnalité se réfère à une dimension de choix, ce qui paraît souvent en contradiction avec un sentiment d'impasse régulièrement relevé par les sujets. S'il paraît pertinent que le processus d'automutilation puisse représenter une porte d'entrée ou de sortie d'une expérience dissociative, osons l'hypothèse alternative, en postulant que l'automutilation relève en elle-même d'une expérience dissociante. La compréhension des engrenages neurobiologiques impliqués dans les processus dissociatifs pourrait aussi permettre l'éclaircissement sous un nouvel angle des mécanismes impliqués dans la douleur, de l'intégration et modulation de la perception douloureuse en regard de l'acte scarifiant, d'autant que des circuits intriqués semblent en jeu entre conscience, perception et douleur. À côté de ces considérations conceptuelles, il nous faut pour la pratique clinique et la prise en charge thérapeutique de patients recourant aux scarifications pouvoir tenir compte de la potentialité de faire l'objet d'expérience dissociative, sur un mode non pathologique. Face à un adolescent ayant recours aux scarifications, peut-être s'agit-il de pouvoir explorer la piste des facteurs prédisposants (traumatismes antérieurs, changement pubertaire dépersonnalisant) l'exposition à des symptômes dissociatifs ?

✱ Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV 4th editor*, Washington D.C. : American Psychiatric Press
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V 5th editor*, Washington D.C. : American Psychiatric Press.
- Bernstein, E., Putnam, F. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale, *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 174, p. 727-735.
- Bertrand, M. (2012). Corps et psyché chez Ferenczi, *Revue française de psychosomatique*, n° 42, p. 63-71.
- Birmes, P., Arrieur, A., Warner, B., Payen, A., Moron, P., Schmitt, L. (1999). Troubles dissociatifs aigus péritraumatiques : évaluation et évolution, *l'Encéphale (Sp III)*, p. 18-21.
- Bleuler, E. (1911). *Groupe des schizophrénies*. EPEL/GREC, 2001.
- Bob, P. (2008). Pain, dissociation and subliminal self-representations, *Consciousness and Cognition*, n° 17, p. 355-369.
- Boucherat-Hue, V. (2016). Automutilation pubertaire, *Adolescence*, n° 34/3, p. 587-596.
- Brown, R. (2006). Different types of dissociation have different psychological mechanisms, *J Trauma Dissociation*, n° 7(4), p. 7-28.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S., Howlett, B. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators : Implications for therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, n° 21 (1), p. 58-71.
- Dargent, F. (2010). Corps scarifié, adolescence marquée, *Revue française de psychosomatique*, volume 2, n° 38, p. 131-143.
- Dell, P., O'Neil, J. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders : DSM-V and beyond*, New York : Routledge.



- Ebrinc, S. (2002). Hypnotizability, pain threshold and dissociative experiences, *European Neuropsychopharmacology*, n° 12 (Suppl.), p. 427-428.
- Fareng, M., Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose, *PSN*, Volume 12, p. 29-46.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*, Baltimore : John Hopkins University Press.
- Favazza, A., Rosenthal, R. (1990). Varieties of pathological self mutilation, *Behavioural Neurology*, volume 3, p. 77-85.
- Ferenczi, S., Réflexions sur le traumatisme (1931-1932). *Psychanalyse IV*, Paris : Payot, 1982, p. 139-147.
- Freud, S. (1893-1895). *Études sur l'hystérie*, Paris : PUF.
- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, P., Hunter, E., Frasier, F. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation ? A review and some clinical implications., *Clin Psychol Rev* ; n° 25, p. 1-23.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*, Paris : Alcan.
- Karpel, M., Jerram, M. (2015). Levels of Dissociation and Nonsuicidal Self-Injury : A Quartile Risk Model, *Journal of Trauma & Dissociation*, n° 16, p. 303-321.
- Kédia, M. (2009). La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme, *L'évolution psychiatrique*, n° 74, p. 487-496.
- Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., Brown, D. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*, Paris : Édition Dunod.
- Le Breton, D. (2010). Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et processus initiatique, *Revue française de psychosomatique*, volume 2, n° 38, p. 85-95.
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C., Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 non suicidal self-injury in female adolescent inpatients : The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation, *Psychiatry Research*, n° 239, p. 346-352.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Takeshi, A., Okada, T., Yoshikawa, K., & Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates : Association with bulimia and dissociation, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, n° 59, p. 319-326.
- Putnam, F., Carlson, E., Ross, C., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Braun, B. (1996). Patterns of dissociation in clinical and non-clinical samples, *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 184, p. 673-679.
- Saxe, G., Chawla, N., van der Kolk, B. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n° 32, p. 313-319.
- Smith, J. (2016). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*, Paris, Dunod.
- Spiegel, D., Loewenstein, R., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardena, E., Dell, P. (2011). Dissociative disorders in DSM-5, *Depression and anxiety*, volume 28, p. 824-852.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl*, Vol. 36, p. 572-584.

- Tolmunen, T., Honkalampi, K., Hintikka, J., Rissanen, M., Maaranen, P., Kylma, J., Laukkanen, E. (2010). Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena, *Psychiatry Res*, n° 176, p. 40-44.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation : conceptual clarity lost and found, *Aust N Z J Psychiatry*, n° 38, p. 906-914.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (2009). *Traumatismes et troubles du comportement alimentaire : guide diagnostique et thérapeutique*, Paris : Édition Broché.
- Vandevoorde, J., Le Borgne, P. (2015). Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature, *L'évolution psychiatrique*, n° 80, p. 187-208.
- Waller, N., Putnam, F., Carlson, E. (1996). Types of dissociation and dissociative types : A taxometric analysis of dissociative experiences, *Psychological Methods*, volume 1, p. 300-321.
- Zetterqvist, M., Lundh L.-G., Svedin C. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury : Support for a specific distress-function relationship. *Child Adolesc. Psychiatry Mental Health*, n° 8, 23.