

Université de Montréal

**La schizophrénie dissociative : nouvelle entité  
clinique, trouble comorbide ou autres  
considérations nosographiques**

par

Marie-Christine Laferrière-Simard

Département de psychologie  
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en psychologie – recherche et intervention  
option psychologie clinique

Mars 2014

© Marie-Christine Laferrière-Simard, 2014

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse est intitulée  
La schizophrénie dissociative : nouvelle entité clinique, trouble comorbide ou  
autres considérations nosographiques

Présentée par :  
Marie-Christine Laferrière-Simard

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle Daigneault, présidente-rapporteur et représentante du doyen  
Tania Lecomte, directrice de recherche  
Serge Lecours, membre du jury  
John O'Neil, examinateur externe

## Résumé

L'existence d'un sous-type dissociatif de schizophrénie a été suggérée par plusieurs auteurs pour rendre compte des présentations symptomatologiques d'un groupe de personnes dont le diagnostic principal est dans le spectre de la schizophrénie mais qui présentent aussi des symptômes dissociatifs (Ross, 2004; Şar et al., 2010; Van der Hart, Witztum, & Friedman, 1993). D'origine traumatique, ce type de portrait clinique où symptômes psychotiques et dissociatifs s'entremêlent aurait été décrit il y a déjà plus d'un siècle (Janet & Raymond, 1898) mais serait disparu dans les années '30, assimilé au concept de « schizophrénie » (Rosenbaum, 1980). C'est dans un nouveau contexte nosographique que le concept de schizophrénie dissociative refait surface. En effet, la nosographie psychiatrique a pris un tournant en 1980 lorsque l'approche préconisée par le DSM est devenue descriptive plutôt que basée sur des conceptualisations psychanalytiques. Du coup, les affections d'alors ont été divisées en troubles dont les symptômes ont tendance à se manifester ensemble (Cooper, 2004) et la comorbidité entre les troubles a augmenté. Étant donné la comorbidité fréquemment rapportée entre les troubles psychotiques et dissociatifs, la similarité phénoménologique de leurs symptômes, ainsi que leur possible étiologie traumatique, Ross (2004) a proposé une série de critères permettant de diagnostiquer une schizophrénie dissociative. L'objectif principal de cette thèse est donc d'établir si la schizophrénie dissociative, telle que définie par Ross (2004), existe. Le premier article porte sur la problématique et le contexte théorique ayant mené à la question de recherche. Il vise à faire un survol des enjeux entourant la question de la schizophrénie dissociative et rend compte des écrits scientifiques sur la symptomatologie similaire entre les troubles psychotiques et dissociatifs, sur leur étiologie traumatique et sur les études sur la dissociation et la schizophrénie. Le deuxième article est quant à lui un article empirique rendant compte de la méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche. En effet, aucune étude jusqu'ici n'a testé systématiquement les critères de la schizophrénie dissociative. Nos résultats démontrent que 24% de notre échantillon (N=50) pourrait recevoir le diagnostic de schizophrénie

dissociative avec les critères proposés par Ross (2004). Toutefois, ces critères posant problème, une modification a été proposée et une prévalence de 14% a alors été trouvée. Des vignettes cliniques sont présentées afin de comparer nos participants avec ceux rapportés ailleurs. Les liens entre symptômes psychotiques et dissociatifs sont discutés en essayant de conceptualiser la schizophrénie dissociative de différentes manières, soit comme une nouvelle entité clinique, comme un trouble comorbide ou dans un contexte nosographique psychodynamique.

**Mots-clés** : Schizophrénie, dissociation, troubles dissociatifs, troubles psychotiques, comorbidité, schizophrénie dissociative, validité diagnostique, nosographie.

## **Abstract**

The existence of a dissociative subtype of schizophrenia has been suggested by several authors to account for the symptomatology of a group of people whose primary diagnosis is in the schizophrenia spectrum but have in addition dissociative symptoms (Ross, 2004; Sar et al, 2010; Van der Hart, Witztum, & Friedman, 1993). Of traumatic origin, this type of clinical picture where psychotic and dissociative symptoms are intertwined was first described more than a century ago (Janet & Raymond, 1898) but disappeared in the 30's, having been incorporated to the concept of "schizophrenia" (Rosenbaum, 1980). It is in a new nosographic context that the concept of dissociative schizophrenia resurfaced. Indeed, psychiatric nosography took a turn in 1980 when the approach advocated by the DSM became descriptive rather than based on psychoanalytic conceptualizations. The psychiatric conditions of the time were divided into disorders whose symptoms tended to occur together (Cooper, 2004). Consequently, the presence of comorbid disorders increased. Given the frequently reported co-occurrence of psychotic and dissociative disorders, the phenomenological similarity of their symptoms and their potential traumatic etiology, Ross (2004) proposed a criteria set for the diagnosis of dissociative schizophrenia. The main objective of this thesis is to determine whether the dissociative schizophrenia, as defined by Ross (2004), exists. The first article focuses on the problem and the theoretical background that led to the research question. It aims at providing an overview of the issues surrounding the question of dissociative schizophrenia. It also reports on the literature pertaining to symptoms found in both psychotic and dissociative disorders, their traumatic etiology and studies on dissociation and schizophrenia. The second article is of empirical nature and reports the methodology used to answer the research question. Indeed, no study to date has systematically tested the criteria for dissociative schizophrenia. Our results show that 24 % of our sample (N = 50) could receive a diagnosis of schizophrenia with dissociative criteria proposed by Ross (2004). However, the criteria set was problematic so a modification was proposed and a prevalence of 14% was then found. Clinical vignettes are presented

to compare our participants with those reported elsewhere. The links between psychotic and dissociative symptoms are discussed in trying to conceptualize dissociative schizophrenia in different ways, either as a new clinical entity, as a comorbid disorder or in a psychodynamic nosographic context.

**Keywords** : Schizophrenia, dissociation, dissociative disorders, psychotic disorders, comorbidity, dissociative schizophrenia, diagnostic validity, nosography.

# Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract.....	v
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux .....	xi
Liste des figures.....	xii
Liste des abréviations .....	xiii
Remerciements .....	xv
<b>1. Introduction générale .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 La nosographie psychiatrique actuelle : le DSM .....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Avantages et désavantages.....	1
1.1.2 Le problème de la comorbidité .....	3
1.1.3 Le problème de la validité des diagnostics .....	5
<b>1.2 La schizophrénie dissociative .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Définition de la schizophrénie .....	7
1.2.2 Définition des troubles dissociatifs.....	8
1.2.3 La comorbidité des symptômes psychotiques et dissociatifs.....	8
1.2.4. Continuum des sous-types non-dissociatifs de schizophrénie au trouble dissociatif de l'identité .....	10
1.2.5 Définition et critères diagnostiques de la schizophrénie dissociative	11
<b>1.3 Objectifs des articles 1 et 2.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Contexte théorique, méthodologie et résultats : articles constitutifs de la thèse.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Article 1 : La schizophrénie dissociative existe-t-elle? .....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Résumé.....	15
2.1.2 Historique de la psychose dissociative .....	17
2.1.3 Controverses autour des troubles dissociatifs.....	19

2.1.4 Symptomatologie similaire des troubles psychotiques et dissociatifs .....	20
2.1.5 Dissociation et psychose : le trauma comme étiologie commune? ..	21
2.1.6 Études sur la dissociation et la schizophrénie.....	22
2.1.7 Suggestion d'un sous-type dissociatif de schizophrénie.....	24
2.1.8 Explications théoriques.....	25
2.1.9 Discussion.....	27
2.1.10 Références.....	31
<b>2.2 Transition entre les articles 1 et 2 .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3 Article 2 : Empirical testing of the dissociative schizophrenia</b>	
<b>criteria .....</b>	<b>38</b>
2.3.1 Abstract.....	38
2.3.2 Phase 1 .....	40
2.3.2.1 Method.....	40
2.3.2.1.1 Participants .....	40
2.3.2.1.2 Materials .....	41
2.3.2.1.3 Procedure .....	42
2.3.2.2 Results.....	44
2.3.3 Phase 2 .....	44
2.3.3.1 Method.....	44
2.3.3.1.1 Participants .....	44
2.3.3.1.2 Materials .....	44
2.3.3.1.3 Dissociative schizophrenia criteria operationalization ..	45
2.3.3.1.4 Procedure .....	46
2.3.3.2 Results.....	46
2.3.3.2.1 <i>A posteriori</i> analyses and results .....	46
2.3.3.2.2 Clinical vignettes of individuals meeting modified criteria of dissociative schizophrenia.....	49
2.3.4 Discussion.....	52
2.3.4.1 Absence of a link between trauma and dissociation scales ....	52
2.3.4.2 Prevalence of dissociative schizophrenia .....	53

2.3.4.3 Modification of the criteria set .....	53
2.3.4.4 Is there a typical clinical portrait of individuals meeting the criteria for dissociative schizophrenia .....	54
2.3.4.5 On the relevance of creating a dissociative subtype of schizophrenia.....	55
2.3.5 References.....	57
<b>3. Discussion générale.....</b>	<b>61</b>
<b>3.1 Comparaison des cas de notre étude avec ceux rapportés ailleurs .....</b>	<b>61</b>
<b>3.2 Détachement et compartimentation.....</b>	<b>63</b>
<b>3.3 Différenciation des symptômes dissociatifs et psychotiques .....</b>	<b>67</b>
3.3.1 Par les signes cliniques .....	67
3.3.2 Par les tests.....	69
3.3.3 Par les processus .....	70
<b>3.4 La schizophrénie dissociative : nouvelle entité clinique?.....</b>	<b>71</b>
<b>3.5 La schizophrénie dissociative : trouble comorbide? .....</b>	<b>73</b>
<b>3.6 Changements apportés au DSM-5.....</b>	<b>74</b>
<b>3.7 Autres considérations nosographiques : une         nosographie psychodynamique pour comprendre la         schizophrénie dissociative .....</b>	<b>76</b>
<b>3.8 Implications thérapeutiques .....</b>	<b>83</b>
<b>4. Conclusion .....</b>	<b>85</b>
<b>5. Références.....</b>	<b>89</b>
 Annexe 1 : Cas de schizophrénie dissociative décrits par Ross & Keyes (2009).....	xvii
Annexe 2 : Formulaire de consentement 1 <sup>ère</sup> phase.....	xxii
Annexe 3 : Questionnaire vrai / faux 1 <sup>ère</sup> phase .....	xxviii
Annexe 4 : Questionnaire socio-démographique.....	xxx
Annexe 5 : CTQ.....	xxxv

Annexe 6 : DES .....	xxxviii
Annexe 7 : Formulaire de consentement 2 <sup>ème</sup> phase.....	xlii
Annexe 8 : Questionnaire vrai / faux 2 <sup>ème</sup> phase .....	xlviii
Annexe 9 : Fiche-sommaire de cotation pour le SCID-D .....	1
Annexe 10 : Version publiée de l'article 1 .....	lii
Annexe 11 : Version publiée de l'article 2 .....	lxxi

## Liste des tableaux

Table 1. Mean scores for DES and CTQ subscales .....	42
Table 2. Number and percentage of participants with CTQ subscales “Moderate” and “Severe” scores by DES slices of scores .....	43
Table 3. Participants’ results for dissociative schizophrenia criteria .....	47
Table 4. Individual results of the 7 subjects meeting dissociative schizophrenia criteria .....	48

## Liste des figures

Figure 1. Spectre du sous-type dissociatif de schizophrénie .....	11
Figure 2. Continuum des phénomènes dissociatifs en fonction de leur sévérité selon les conceptualisations habituelles .....	64
Figure 3. Illustration de l'interaction de l'organisation structurale et du type de personnalité pouvant mener à une schizophrénie dissociative.....	78
Figure 4. Intégration de l'organisation structurale au spectre du sous-type dissociatif de schizophrénie .....	79
Figure 5. Interaction entre détachement, compartimentation, symptômes positifs et négatifs, en fonction de l'organisation structurale sous-jacente .....	82

## Liste des abréviations

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

D : Denial

DES : Dissociative Experiences Scale

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EA : Emotional abuse

EN : Emotional neglect

MCMI : Millon Clinical Multiaxial Inventory

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

PA : Physical abuse

PDM : Psychodynamic Diagnostic Manual

PN : Physical neglect

SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

SCID-II : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders

SCID-D : Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders

*"An important question in psychiatry shouldn't be what's wrong with you  
but rather what's happened to you."*

*Eleanor Longden (2013)*

## Remerciements

Cette thèse est l'aboutissement d'un processus long et intensément investi. C'est d'ailleurs avec beaucoup d'émotions que je vois ce projet tirer à sa fin car celle-ci marque également le dénouement d'expériences personnelles et interpersonnelles extrêmement riches. Je vis donc à la fois la satisfaction de m'être accomplie et la nostalgie de ces expériences qui ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Avant de m'ouvrir à de nouveaux horizons, je tiens à remercier tous ceux qui m'ont accompagnée dans mon cheminement.

Je voudrais remercier en premier lieu ma directrice de recherche, Tania Lecomte. Tania, merci de m'avoir permis d'étudier le sujet de recherche qui me passionnait. Tu m'as donné la juste dose d'encadrement tout en me laissant une liberté et une autonomie qui m'ont fait sentir que tu me faisais confiance. Je t'en suis reconnaissante, de même que de ta patience et de ton efficacité.

Je n'aurais pas pu entreprendre ce projet si mes parents ne m'avaient pas transmis l'essentiel. Maman, Papa, je suis fière d'avoir hérité de plusieurs qualités que vous partagez : la curiosité intellectuelle, la persévérance, l'indépendance. Elles m'ont été bien utiles dans mon processus. Papa, je te remercie pour ta lecture minutieuse de ma thèse. Ton suivi dans les derniers mois de ma rédaction a été très structurant et soutenant. Maman, c'est toi qui m'a appris à être à l'écoute de ce qui pouvait se passer à l'intérieur des autres. Je t'exprime donc toute ma gratitude pour m'avoir fait part de tes réflexions sur le fonctionnement humain. Elles ont été porteuses. Je remercie aussi mes frères et sœurs et les autres membres de ma famille pour leur soutien et leur confiance en moi, avec une pensée particulière pour Martin, sur qui je peux toujours compter.

Catherine et Emmanuelle, mes belles grandes filles, je vous remercie de votre patience. Ce cheminement, vous l'avez fait avec moi en partageant une partie

de votre maman avec un projet très prenant. Sachez que c'est vous qui m'avez donné le courage de faire ces études auxquelles je rêvais car votre existence m'a donné envie de me dépasser. Vous avez été les plus beaux et inspirants cadeaux que la vie m'a donnés. Maintenant, allons explorer le monde!

Mes amis, je vous remercie de m'avoir entourée, suivie et encouragée tout au long de ce travail. Stéphanie, Geneviève et Ann-Marie, merci de m'avoir lue. Vos commentaires ont été éclairants. Laurence, Élisabeth, Charles et Benoit, merci d'avoir contribué chacun à votre façon. Votre écoute et votre aide ont été appréciées. Lola, je te remercie tout particulièrement car ton implication, ta curiosité et ta vivacité d'esprit ont donné un second souffle à mon projet à un moment où la motivation était moins présente.

Mme Corbeil, mes mots ne seront jamais suffisants pour exprimer l'immense gratitude que je ressens pour votre présence indéfectible tout au long de mes études doctorales. Beau temps, mauvais temps, vous m'avez accueillie avec la même chaleur bienveillante, comme la main tenue qui assure le pas. Nos échanges toujours enrichissants m'ont permis de croire en moi. Merci pour votre authenticité, vos encouragements, votre affection, votre solidité. Vous êtes un modèle pour moi. Je compte bien profiter du temps qui reste pour apprendre encore de vous. Et quand le temps s'arrêtera... je vous serai encore reconnaissante.

Au moment de terminer ce projet, j'ai une pensée pour ceux qui n'ont été que de passage mais qui ont eu un rôle important dans mon développement personnel et professionnel : Louis, M. Bouchard, Julie. Merci pour ce que vous m'avez apporté et que je continue de porter en moi.

Enfin, je remercie le FRSQ et les IRSC d'avoir rendu ces études possibles grâce à leur soutien financier.

# 1. Introduction générale

## 1.1 La nosographie psychiatrique actuelle : le DSM

### 1.1.1 Avantages et désavantages

La nosographie psychiatrique a pris un tournant en 1980 avec la publication de la troisième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM<sup>1</sup>). Auparavant basé sur des conceptualisations plus classiques d'origine psychanalytique, le DSM est devenu un outil appuyé par les études empiriques sur les troubles mentaux. Il se caractérise principalement par des définitions comprenant des critères diagnostiques explicites plutôt qu'une conceptualisation plus globale d'une problématique. Les versions III, IV et 5 du DSM, en plus d'être validées empiriquement, ont permis d'avoir un langage commun à tous en ne s'enfermant pas dans une théorie particulière. Ses critères précis permettent d'obtenir une meilleure fidélité des diagnostics, notamment entre les différents évaluateurs, et par le fait même d'assurer une plus grande rigueur en recherche et une meilleure communication entre chercheurs et cliniciens. En outre, les patients bénéficient eux aussi de cette approche puisqu'un diagnostic précis devrait permettre de déterminer le traitement approprié, augmentant les chances d'une issue favorable et donc la satisfaction de l'utilisateur, ce qui en retour augmenterait l'observance au traitement.

Cependant, l'approche actuelle du DSM comporte des désavantages. Alors que les diagnostics représentaient précédemment une affection pouvant avoir

---

<sup>1</sup> Cette thèse, et plus particulièrement les articles dont elle est constituée, a été rédigée sur une période s'échelonnant de 2008 à 2013, soit en très grande partie avant la publication du DSM-5 (mai 2013). Ainsi, l'essentiel du travail rapporté ici a été basé sur la logique et les formulations du DSM-IV. Lorsque cela a été possible, l'apport du DSM-5 a été considéré. Globalement, les changements apportés au DSM entre les versions IV et 5 ont peu d'impact sur les propos tenus ici.

différentes manifestations et/ou symptômes, ils seraient maintenant le reflet d'un regroupement de symptômes ayant tendance à se manifester ensemble (Cooper, 2004), sans égard à ce qui pourrait sous-tendre ce regroupement. Ainsi, ce qui se décrivait auparavant avec un seul diagnostic, par exemple une névrose phobique, peut maintenant se décrire de différentes façons en fonction de ses manifestations : agoraphobie, trouble panique, phobie spécifique ou phobie sociale (Pincus, Tew, & First, 2004). Une règle édictée lors de la construction du DSM-III serait à l'origine de cette façon de le concevoir : un symptôme ne devait appartenir qu'à un trouble (Robins, 1994). C'est ainsi que le système en serait venu à « diviser » les affections en différents troubles, augmentant du même coup le nombre de diagnostics présents dans le manuel.

En outre, « une approche catégorielle de la classification fonctionne au mieux lorsque tous les membres d'une classe diagnostique sont homogènes, lorsque les limites entre classes sont claires et lorsque les différentes classes sont mutuellement exclusives » (American Psychiatric Association, 1996, p. XXIX). Les auteurs du DSM reconnaissent que ce n'est pas le cas dans leur manuel. Les troubles définis dans le DSM ont souvent des séries de critères polythétiques de façon à rendre compte de l'hétérogénéité des présentations cliniques. Autrement dit, certains diagnostics se basent sur une liste de critères non obligatoires, le diagnostic étant posé si un certain nombre de critères sont réunis. Par exemple, le trouble de personnalité borderline a neuf critères mais n'en demande que cinq pour établir le diagnostic. Ainsi, deux personnes pourraient recevoir le même diagnostic mais ne pas avoir du tout le même profil puisqu'elles pourraient ne partager qu'un seul symptôme.

De plus, la version IV du DSM s'est vue allégée de la plupart de ses hiérarchies de catégories de la version III puisqu'elles n'étaient pas basées sur des données empiriques (Pincus et al., 2004). Les classes n'étant plus mutuellement exclusives, les limites entre elles sont devenues moins claires, ce qui a entraîné la multiplication des diagnostics comorbides au point où environ le tiers de la

population consultant en psychiatrie répondrait aux critères de trois troubles ou plus dans le DSM (Zimmerman & Mattia, 1999). Il est aujourd'hui non seulement admis que plusieurs troubles doivent être diagnostiqués en même temps s'il y a lieu, et cela même si ce sont pratiquement les mêmes symptômes qui sont utilisés pour diagnostiquer les différents troubles, mais cette stratégie serait encouragée de façon à enregistrer le maximum d'informations diagnostiques pour rendre compte de la complexité des présentations cliniques (Desai, 2006).

### **1.1.2 Le problème de la comorbidité**

Conceptuellement, la comorbidité est la co-occurrence de plusieurs troubles différents chez la même personne à un moment précis. Dans notre système actuel de classification des troubles mentaux, on considère donc qu'il y a comorbidité lorsqu'une personne répond aux critères diagnostiques de plusieurs troubles tels que décrits dans le DSM. Il est cependant important de distinguer la « vraie » de la « fausse » comorbidité. En effet, il est possible que la nature même des maladies psychiatriques fasse en sorte qu'elles aient tendance à se manifester ensemble (« vraie » comorbidité), comme il est possible que ce soit le résultat du système de classification qui méprendrait les différentes facettes d'une entité clinique en troubles distincts (« fausse » comorbidité) (Jablensky, 2004). Si, en effet, pour reprendre l'exemple cité plus haut, la névrose phobique est une entité clinique, alors on peut supposer que ses différentes manifestations, comme par exemple l'agoraphobie et le trouble panique, pourraient se retrouver comorbides dans certains cas, bien que cela serait de la « fausse comorbidité ».

Les présomptions qui amenaient les cliniciens à regrouper certains troubles sous une étiquette plus englobante ne sont pour le moment pas suffisamment validées empiriquement pour être utilisées. Toutefois, elles sont toujours d'actualité et continuent d'être l'objet de recherches, notamment lorsqu'on tente d'expliquer ce qui est sous-jacent à la comorbidité. Outre l'expression multiforme d'un syndrome « pur », comme dans l'exemple de la névrose phobique, la comorbidité peut s'expliquer par des facteurs de risques communs ou des étiologies qui se chevauchent, un trouble qui en cause un autre ou encore la

présence d'un troisième trouble indépendant. Ces différentes raisons requerraient différentes solutions : les catégories diagnostiques mixtes, le regroupement des catégories de plus bas niveau en des catégories « supérieures », les approches hiérarchiques ou les approches dimensionnelles (Klein, 2004).

Étant donné le peu de connaissances actuelles quant aux processus actifs sous-jacents aux différentes manifestations psychopathologiques, même si l'on peut supposer que ces dernières sont le produit du même désordre, il est entendu que tout trouble comorbide doit être diagnostiqué s'il répond aux critères du DSM. Malheureusement, cette règle n'est pas appliquée dans la plupart des cas. En effet, il semble que lorsque les personnes sont diagnostiquées à partir d'entrevues cliniques simples, elles reçoivent moins de diagnostics que lorsqu'elles sont diagnostiquées à l'aide d'une entrevue semi-structurée qui évalue systématiquement la présence des troubles décrits dans le DSM (Zimmerman & Mattia, 1999). Les omissions peuvent être expliquées par une difficulté à reconnaître les troubles (Zimmerman & Mattia, 1999), le fruit d'une volonté de ne pas obscurcir l'objet du traitement en multipliant les diagnostics (Pincus et al., 2004) ou parce qu'on ne considère pas comme cliniquement pertinent de traiter le trouble comorbide en question (Desai, 2006). De plus, le système de santé actuel tend à diviser les unités de soins en cliniques spécialisées par type de troubles. Par exemple, les troubles psychotiques ont des unités de soins distinctes des troubles de l'humeur ou encore des troubles de la personnalité, bien que ceux-ci puissent être comorbides dans bien des cas. Les cliniciens travaillant dans ce genre de milieux ont ainsi tendance à choisir quel trouble est prédominant chez une personne de façon à l'orienter dans la « bonne » unité de soins, faisant généralement fi des troubles comorbides.

Pourtant, les enjeux liés à la comorbidité sont grands. Il a en effet été démontré que les troubles comorbides ont un impact négatif sur le pronostic, et cela même si leur validité diagnostique est incertaine (Salloum & Mezzich, 2004). La comorbidité aurait également un impact sur l'émergence, les manifestations, le

cours ou l'issue des troubles impliqués, sans compter la qualité de vie (Salloum, Mezzich, & Cordoba, 2009). Le risque suicidaire, notamment, serait plus élevé chez les individus ayant plus d'un diagnostic. En effet, la majorité des personnes faisant un passage à l'acte suicidaire aurait au moins un trouble comorbide (Lecrubier, 2001).

### **1.1.2 Le problème de la validité des diagnostics**

La validité des diagnostics est un autre élément pouvant faire en sorte qu'il y ait comorbidité ou que des chevauchements soient observés entre différentes catégories diagnostiques. Bien que les troubles intégrés au DSM aient été validés empiriquement dans la plupart des cas, c'est-à-dire que leurs critères ont été étudiés de manière systématique, leur validité diagnostique, elle, n'est pas assurée. Il existe effectivement une distinction importante à faire entre l'utilité et la validité d'un diagnostic. La validité d'un diagnostic réfèrerait, selon Kendell & Jablensky (2003), à la nature de la réalité, tandis qu'un diagnostic pourrait être considéré utile si sa rubrique fournissait des informations sur le pronostic, l'issue probable des traitements, des propositions testables sur les corrélats sociaux et biologiques, etc. Bien que l'objectif premier du DSM d'avoir une taxonomie utile et fidèle ait été atteint, il est important de ne pas conclure que les diagnostics y étant contenus sont automatiquement valides. La validité d'un diagnostic pourrait être obtenue en cinq phases : la description clinique (symptômes, facteurs précipitants, caractéristiques démographiques), les études de laboratoire (chimie, physiologie, biopsie, autopsie, tests psychologiques), la délimitation des autres troubles (critères d'exclusion), les études de suivi (stabilité, évolution, issue), et les études familiales (Robins & Guze, 1989). Ces validateurs se regrouperaient de façon générale en validateurs antécédents (p.ex., personnalité prémorbide, agrégation familiale), concurrents (p.ex., tests psychologiques) et prédictifs (p.ex., taux de rechute, rétablissement) (Kendler, 1980). Ces informations ne sont évidemment pas toutes disponibles pour les diagnostics du DSM.

## 1.2 La schizophrénie dissociative

C'est dans ce contexte nosographique que la question sur l'existence d'une schizophrénie de type dissociative, l'objet de cette thèse, est posée. Les troubles dans le spectre de la schizophrénie et les troubles dissociatifs font en effet partie des troubles ayant retenu l'attention dans les écrits scientifiques du fait de leur comorbidité fréquente. La validité diagnostique de la schizophrénie et des troubles dissociatifs, particulièrement du trouble dissociatif de l'identité, a d'abord été remise en question, ce qui pourrait expliquer la comorbidité observée. Il est également possible qu'ils partagent le trauma dans l'enfance comme étiologie commune.

Le débat sur l'inné et l'acquis est d'ailleurs l'une des plus vieilles questions en psychologie et continue d'être d'actualité lorsqu'il s'agit de comprendre l'origine des troubles mentaux. Bien qu'il y ait aujourd'hui une plus grande reconnaissance de l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans l'étiologie psychopathologique, certains troubles continuent d'être perçus comme étant d'origine surtout biologique. La schizophrénie, notamment, serait conceptualisée à partir d'un schème de référence biomédical et entraînerait, conséquemment, un traitement médicamenteux. Les facteurs psychologiques qui pourraient être à l'origine du trouble, comme le trauma dans l'enfance, seraient peu considérés dans l'étiologie de la schizophrénie dans les milieux cliniques, et ce malgré des recherches de plus en plus nombreuses sur le sujet. Ainsi, peu de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie se feraient offrir un traitement psychothérapeutique pour leur trouble.

Les troubles dissociatifs complexes, quant à eux, sont connus comme ayant une étiologie traumatique et sont donc habituellement traités à l'aide de psychothérapies dont l'efficacité a été démontrée (Brand, Classen, et al., 2009). Pourtant, les troubles dissociatifs complexes partagent de nombreux symptômes avec les troubles dans le spectre de la schizophrénie. Chez un certain nombre de personnes, les caractéristiques psychotiques et dissociatives au cœur de leur

trouble seraient en fait les mêmes si bien qu'on ne pourrait les distinguer. C'est pour reconnaître la possible étiologie traumatique dans la schizophrénie, du moins chez un sous-groupe de personnes, et pour ne pas avoir à remettre en question un diagnostic bien ancré en psychiatrie malgré des critiques à sa validité, que Ross (2004) a proposé la création d'un sous-type dissociatif de schizophrénie.

### **1.2.1 Définition de la schizophrénie**

Le DSM-IV définit la schizophrénie comme un trouble dont les symptômes caractéristiques « impliquent une série de dysfonctionnements cognitifs et émotionnels qui incluent la perception, la pensée déductive, le langage et la communication, le contrôle comportemental, l'affect, la fluence et la productivité de la pensée et du discours, la capacité hédonique, la volonté et le dynamisme, et l'attention » (American Psychiatric Association, 1996). Aucun symptôme ne serait pathognomonique de la schizophrénie, c'est-à-dire qu'aucun symptôme ne la caractériserait à lui seul ou serait suffisant pour en établir le diagnostic avec certitude. Ce serait un ensemble de symptômes et une altération du fonctionnement social ou des activités qui mèneraient à un diagnostic. Ce diagnostic pourrait être établi si au moins deux des manifestations suivantes sont présentes pendant au moins un mois avec des signes persistants sur six mois, en plus du dysfonctionnement : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs (p.ex., émoussement affectif, manque ou une pauvreté du discours, perte de volonté). Une seule de ces manifestations serait suffisante pour obtenir le diagnostic « si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles » (American Psychiatric Association, 1996).

### **1.2.2 Définition des troubles dissociatifs**

Les troubles dissociatifs sont essentiellement caractérisés par « la survenue d'une perturbation touchant des fonctions qui sont normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. La perturbation peut être soudaine ou progressive, transitoire ou chronique » (American Psychiatric Association, 1996). L'amnésie dissociative, la fugue dissociative, le trouble de dépersonnalisation, le trouble dissociatif de l'identité et le trouble dissociatif non spécifié font partie de cette catégorie diagnostique. Le trouble dissociatif non spécifié réfère, entre autres, à des « tableaux cliniques identiques à celui du trouble dissociatif de l'identité mais qui ne répondent pas à la totalité des critères de ce trouble » (American Psychiatric Association, 1996). On réfère souvent à une telle présentation comme étant un trouble dissociatif non spécifié de type 1 et on le considère, au même titre que le trouble dissociatif de l'identité, comme faisant partie des « troubles dissociatifs complexes » de par son caractère habituellement chronique et sévère. Les types 2 à 6 du trouble dissociatif non spécifié réfèrent quant à eux à de la déréalisation sans dépersonnalisation chez l'adulte (type 2), à des états de dissociation chez les sujets qui ont été soumis à des manœuvres prolongées de persuasion coercitive (p. ex., lavage de cerveau; type 3), à un état de transe dissociatif (type 4), à une perte de conscience, stupeur ou coma qui ne peuvent pas être attribués à une affection médicale générale (type 5) ou encore au syndrome de Ganser, soit des réponses approximatives aux questions posées en dehors d'une amnésie dissociative ou d'une fugue dissociative (type 6) (American Psychiatric Association, 1996). Ces types sont toutefois peu diagnostiqués, peu étudiés et ne sont habituellement pas considérés comme faisant partie des « troubles dissociatifs complexes ».

### **1.2.3 La comorbidité des symptômes psychotiques et dissociatifs**

Un lien extrêmement robuste a été établi entre les expériences dissociatives et la schizotypie par des corrélations significatives (.40-.83; Goren, Phillips, Chapman, & Salo, 2012; Moskowitz, Barker-Collo, & Ellson, 2005) rapportées de

façon constante entre différentes mesures d'expériences psychotiques et dissociatives, et ce dans différentes populations, cliniques ou non. Notamment, cette relation a été observée chez des étudiants universitaires (Giesbrecht, Merckelbach, Kater, & Sluis, 2007; Moskowitz et al., 2005), des prisonniers (Moskowitz et al., 2005) et des adolescents consultant en psychiatrie (Goren et al., 2012). Certains auteurs ayant suggéré que les corrélations retrouvées entre les mesures d'expériences dissociatives et psychotiques puissent être un artéfact d'items dont le contenu se ressemble d'un instrument à l'autre, plusieurs études ont été menées en éliminant certains items des questionnaires. Par exemple, une question du Dissociative Experiences Scale (DES – l'outil le plus utilisé pour évaluer la présence d'expériences dissociatives) est formulée ainsi : « Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître » tandis qu'un item du Perceptual Aberration Scale, qui mesure les expériences psychotiques, se lit ainsi : « De temps en temps, quand je regarde dans le miroir, mon visage semble différent de mon visage habituel » (traduction libre). Toutefois, le lien unissant les expériences dissociatives et psychotiques a été confirmé même lorsqu'on a exclu les items dont le contenu était partagé d'une mesure à l'autre (Goren et al., 2012; Merckelbach & Giesbrecht, 2006).

Au-delà de l'association de signes ou de symptômes des deux catégories, la comorbidité des troubles tels que définis par le DSM-IV a également été rapportée (p.ex., Alao, Tyrrell, Yolles, & Armenta, 2000; Yu et al., 2010). Les études qui ont porté sur les personnes ayant reçu un diagnostic dans le spectre de la schizophrénie ont d'abord montré que ces personnes rapportent des expériences dissociatives plus souvent et à un degré plus important que la population générale (Schäfer, Aderhold, Freyberger, & Spitzer, 2009). En effet, alors que les scores moyens au DES de la population générale se situent généralement entre 4 et 12, ceux des personnes ayant un trouble schizophrénique se situent entre 15 et 30. Plusieurs études ont quant à elles montré la présence d'un trouble dissociatif chez les personnes atteintes de schizophrénie ou d'un trouble dans le spectre de la schizophrénie : 15% répondaient aux critères d'une amnésie dissociative (Ross,

Heber, Norton, & Anderson, 1989), 30% aux critères du trouble de dépersonnalisation (Ross et al., 1989), 10% (Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Rakfeldt, & Rounsaville, 1994) à 25% (données non-publiées rapportées dans Ross, 2006) aux critères du trouble dissociatif de l'identité. Une étude a quant à elle montré que 50% des personnes atteintes d'un trouble dans le spectre de la schizophrénie avaient un trouble dissociatif quelconque (Haugen & Castillo, 1999).

Inversement, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité, un trouble psychotique pourrait être diagnostiqué dans 82% des cas (Ellason, Ross, & Fuchs, 1996). Ceci n'est pas surprenant si on considère que 80 à 90% des personnes ayant un trouble dissociatif complexe ont des hallucinations auditives et que ce seul critère était suffisant, jusqu'à la version 5 du DSM, pour répondre aux critères d'une schizophrénie si les hallucinations auditives concernent des voix qui conversent entre elles, ce qui est effectivement souvent le cas dans un trouble dissociatif complexe (Şar & Öztürk, 2009).

#### **1.2.4 Continuum des sous-types non-dissociatifs de schizophrénie au trouble dissociatif de l'identité**

Selon Ross (2004), de la même façon que le trouble schizoaffectif est un intermédiaire entre la schizophrénie et les troubles de l'humeur, le sous-type dissociatif de schizophrénie serait un trouble intermédiaire sur le continuum allant de la schizophrénie non-dissociative au trouble dissociatif de l'identité (voir Figure 1). L'amnésie dissociative, la fugue dissociative ou la dépersonnalisation, ne seraient pas compris dans la schizophrénie dissociative parce qu'ils ne sont pas suffisamment complexes, sévères ou chroniques, mais les cas complexes et chroniques du trouble dissociatif non spécifié, de même que le trouble dissociatif de l'identité, seraient inclus dans la définition de la schizophrénie dissociative (Ross, 2004).

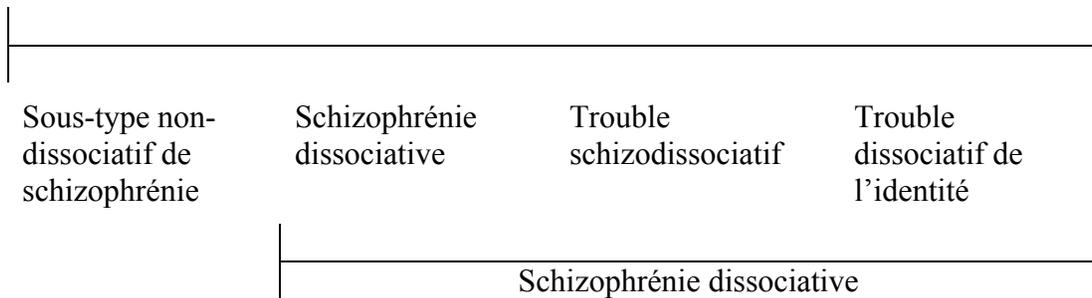


Figure 1. Spectre du sous-type dissociatif de schizophrénie (Ross, 2004, p. 16).

Plus on se trouverait à droite sur le continuum, plus on retrouverait ceci : moins de symptômes négatifs de la schizophrénie, plus de symptômes positifs de la schizophrénie, moins de trouble de la pensée, plus de comorbidité sur l'axe I (troubles cliniques) et l'axe II (troubles de la personnalité) du DSM-IV, plus d'aspects psychobiologiques du trauma, moins d'aspects psychobiologiques de la psychose endogène, une meilleure réponse à la psychothérapie, moins de réponse à la médication neuroleptique, des états de personnalité plus structurés et définis, une meilleure capacité des « voix » à s'engager dans des discussions rationnelles et à prendre le contrôle du comportement, des scores plus élevés à des mesures de dissociation et d'hypnotisabilité, des traumatismes plus sévères et chroniques dans l'enfance, plus de schizophrénie dissociative et moins de schizophrénie non-dissociative dans la famille (Ross, 2004, p. 19).

### 1.2.5 Définition et critères diagnostiques de la schizophrénie dissociative

Ross (2004) propose ainsi de créer un sous-type dissociatif de schizophrénie pour ces cas où les symptômes psychotiques et dissociatifs se côtoient et s'entremêlent. Le portrait clinique de ce sous-type de schizophrénie serait dominé par trois des six critères suivants : amnésie dissociative, dépersonnalisation, présence de deux ou plusieurs identités ou états de personnalité distincts, hallucinations auditives, traumatismes sévères dans l'enfance, présence importante de troubles comorbides.

Ross (2004) considère que ce qui est central à la schizophrénie dissociative est la tendance des « voix » à avoir des caractéristiques structurées, à interagir entre elles et avec les gens « extérieurs », bien que cela ne soit pas nécessaire au diagnostic. Il y aurait également une relative absence de désorganisation cognitive ou de trouble de la pensée, bien qu'une certaine désorganisation puisse survenir dans des moments de stress intense (p.ex., reviviscence traumatique).

### **1.3 Objectifs des articles 1 et 2**

La question à laquelle tente de répondre cette thèse est : la schizophrénie dissociative, telle que décrite par Ross (2004), existe-t-elle? En effet, bien que plusieurs auteurs aient suggéré ou reconnu, de par leurs observations, qu'un sous-groupe de personnes atteintes de schizophrénie avaient des symptômes dissociatifs suffisants pour soutenir l'existence d'une schizophrénie de type dissociative, aucune étude n'a testé systématiquement les critères que Ross (2004) a proposé. Cette thèse vise donc à déterminer si un sous-groupe de personnes ayant reçu un diagnostic dans le spectre de la schizophrénie répond à ces critères.

L'article 1 est un article théorique portant sur la problématique et le contexte théorique ayant mené à la question de recherche. Il vise à faire un survol des enjeux entourant la question de la schizophrénie dissociative en commençant par un historique du concept depuis Janet qui l'abordait déjà en 1895. Les controverses qui ont fait rage autour des troubles dissociatifs et plus particulièrement du trouble dissociatif de l'identité sont examinées. Puis, une revue des écrits scientifiques est faite sur la symptomatologie similaire entre les troubles psychotiques et dissociatifs, sur leur étiologie traumatique et sur les études sur la dissociation et la schizophrénie. Certains de ces derniers éléments reprennent des points abordés rapidement dans l'introduction générale mais cette dernière réfère à des articles plus récents. Quelques théories explicatives sur les liens entre la psychose et la dissociation sont enfin mises de l'avant. L'article se

termine par une discussion sur les différentes options pouvant expliquer ces liens : mauvais diagnostic, trouble comorbide ou nouvelle entité clinique?

L'article 2 est un article empirique rendant compte de la méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche, des résultats et d'une discussion qui reprend les éléments apportés par l'étude mais qui pose également des questions plus fondamentales quant à la création d'un sous-type dissociatif de schizophrénie.

**2. Contexte théorique, méthodologie et résultats :  
articles constitutifs de la thèse**

## **2.1 Article 1**

### **La schizophrénie dissociative existe-t-elle?**

**Marie-Christine Laferrière-Simard & Tania Lecomte**

**Santé mentale au Québec (2010), 35(1), 111-128.**

Reproduit avec l'autorisation de Revue Santé Mentale au Québec

#### **2.1.1 Résumé**

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

## **La schizophrénie dissociative existe-t-elle?**

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

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

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

Ces ressemblances au niveau de la symptomatologie et de l'étiologie créent un problème de diagnostic différentiel dans les milieux cliniques. En effet, 25% à 50% des personnes diagnostiquées avec un trouble dissociatif ont préalablement

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

### **2.1.2. Historique de la psychose dissociative**

L'idée de la psychose dissociative n'est pas nouvelle. Dès 1894/5, Janet donnait la première définition de la psychose hystérique. Selon lui, la psychose pouvait être considérée hystérique si sa nature dissociative pouvait être établie. D'origine traumatique, la psychose hystérique se manifesterait par des reviviscences de souvenirs traumatiques, nommées idées fixes primaires, ou par des fantaisies basées sur ces mémoires traumatiques, nommées idées fixes secondaires. Vécues sous forme de rêves éveillés, les idées fixes seraient indifférenciées de la réalité (Van der Hart et al., 1993). Les travaux de Follin et al. (1961) ont publicisé le concept de psychose hystérique en France. Ces auteurs, se basant sur l'observation de cas cliniques, l'ont décrite comme un syndrome dont les aspects psychotiques sont aigus, d'allure oniroïde et qui est marqué par une thématique sexuelle et oedipienne.

Une revue de littérature sur le concept de psychose hystérique a permis à Van der Hart et al. (1993) de le redéfinir comme une psychose dissociative qui se manifesterait par des états de transe spontanés pendant lesquels les personnes traumatisées revivraient les expériences traumatiques de manière directe ou symbolique, de manière similaire aux intrusions vécues par les individus souffrant d'un trouble de stress post-traumatique. Ces auteurs ont proposé le nom de

psychose dissociative réactive afin de mettre l'emphase sur l'origine traumatique et sur l'utilisation prédominante de la dissociation dans ces manifestations. La psychose dissociative réactive serait diagnostiquée lorsque l'immersion dans les phénomènes traumatiques deviendrait envahissante. Ayant revisité plusieurs études de cas et les suppositions théoriques sur le concept de psychose dissociative, Van der Hart et al. (1993) ont affirmé que les caractéristiques psychotiques s'atténueraient ou disparaîtraient une fois les origines traumatiques identifiées.

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

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

### 2.1.3 Controverses autour des troubles dissociatifs

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

Une autre controverse importante liée au trouble dissociatif de l'identité concerne l'étiologie traumatique du trouble. Il est généralement accepté que la dissociation soit une réponse défensive utilisée pour protéger l'individu face à des événements graves et traumatisants (Putnam, 1993). La dissociation permettrait de maintenir les souvenirs traumatiques partiellement ou complètement hors de la conscience, assurant ainsi la survie psychologique de la personne. Dans le cas du trouble dissociatif de l'identité, une personnalité distincte est créée afin de garder le souvenir traumatisant. La remémoration soudaine de ces événements en cours de thérapie a amené plusieurs auteurs à suggérer que ces souvenirs pourraient être

induits par suggestion. De nombreuses études ont en fait démontré qu'il était possible d'induire de faux souvenirs par suggestion (Mazzoni et al., 2001; Porter et al., 1999). Toutefois, d'autres études ont démontré que l'histoire traumatique pouvait souvent être corroborée par des sources externes, alors que plusieurs sujets sous-rapportaient les événements, voire même présentaient une amnésie pour ces événements (Lewis et al., 1997). Finalement, une revue de la littérature des souvenirs retrouvés et des faux souvenirs permet de conclure que les deux phénomènes existent et peuvent se manifester dans certaines circonstances (Gleaves et al., 2004).

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

#### **2.1.4 Symptomatologie similaire des troubles psychotiques et dissociatifs**

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

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

### **2.1.5 Dissociation et psychose : le trauma comme étiologie commune?**

Outre les similitudes au niveau symptomatologique, la dissociation et la psychose semblent partager une étiologie traumatique. L'abus dans l'enfance est fortement corrélé aux symptômes dissociatifs, que ce soit dans la population générale, chez des personnes suivies en consultation externe, ou hospitalisées. Les personnes ayant vécu des abus sexuels, particulièrement incestueux, semblent spécialement à risque de développer des symptômes dissociatifs sévères. De plus, il y aurait un lien de dose-effet, c'est-à-dire que plus le nombre de traumatismes et leur sévérité seraient élevés, plus les symptômes de dissociation rapportés seraient importants (Gershuny et Thayer, 1999, pour une revue de littérature sur le trauma et la dissociation).

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

au cours de leur vie dans leur étude qui évaluait des sujets vivant un premier épisode psychotique.

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

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

### **2.1.6 Études sur la dissociation et la schizophrénie**

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

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

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

Afin de tester cette idée, Ross et Keyes (2004) ont évalué les symptômes dissociatifs dans un groupe de 60 individus traités pour une schizophrénie stable et

chronique. Parmi ceux-ci, ils ont trouvé 36 sujets avec des caractéristiques dissociatives importantes, soit 60% de leur échantillon. Ces symptômes dissociatifs étaient accompagnés de taux élevés de traumatismes dans l'enfance ainsi que de troubles comorbides importants, tels que la dépression, le trouble de personnalité limite ou encore le trouble dissociatif de l'identité. Ces résultats étaient concordants avec ceux de Haugen et Castillo (1999), qui ont trouvé un trouble dissociatif dans 50% de leur échantillon (N=50) de personnes avec un diagnostic de schizophrénie.

### **2.1.7 Suggestion d'un sous-type dissociatif de schizophrénie**

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

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

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

- Présence importante de troubles comorbides

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

### **2.1.8 Explications théoriques**

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

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

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

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

### **2.1.9 Discussion**

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

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

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

Un mauvais diagnostic entraîne aussi des coûts notables au niveau du système de santé. Par exemple, une étude canadienne datant de 1989 a estimé qu'un trouble dissociatif mal diagnostiqué pendant en moyenne 8.2 ans peut coûter près de 85 000\$ par sujet au système de santé (Ross et Dua, 1993). L'importance de bien diagnostiquer et de donner un traitement approprié à la pathologie est donc indéniable. Parmi les divers traitements offerts, notons que les troubles dissociatifs

sont surtout traités par des psychothérapies qui ont été démontrées comme étant efficaces (Ellason et Ross, 1997), tandis que le traitement préconisé pour la schizophrénie est d'abord la médication anti-psychotique, parfois accompagnée d'interventions de réadaptation psychosociale. Ross et al. (1990b) rapportent que 77% des sujets dans leur étude ont déclaré que les traitements psychiatriques reçus préalablement au diagnostic de trouble dissociatif avaient été selon eux inefficaces.

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

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

se pencher sur ces critères pour déterminer si ce sous-groupe existe et dans quelle proportion.

Si un sous-type dissociatif de schizophrénie était validé et reconnu empiriquement, il aurait comme avantage de reconnaître l'importance des symptômes dissociatifs dans le portrait clinique de ces individus et ainsi d'assurer un meilleur traitement. Ce diagnostic serait probablement accepté par le corps médical car il maintient l'appellation de schizophrénie et permettrait ainsi un traitement à la fois médical et psychologique. D'ailleurs, les interventions intégratives s'intéressant autant aux aspects liés aux traumatismes ou à la dissociation qu'aux symptômes psychotiques ont démontré des diminutions significatives des symptômes positifs de la psychose (Ellason et Ross, 1997; Mueser et al., 2007; Ross, 1997).

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

Enfin, dans le cas où les études ne démontreraient pas l'existence d'un tel trouble bipartite, les statistiques énoncées plus haut sur la fréquence d'un mauvais diagnostic soulignent qu'un problème existe bel et bien au niveau du diagnostic

différentiel. Certains auteurs prônent déjà le traitement des différentes dimensions de la schizophrénie plutôt que le simple traitement des symptômes psychotiques (Stip et Letourneau, 2009). Des efforts devraient alors être portés à sensibiliser les intervenants cliniques à la reconnaissance des troubles dissociatifs. Une meilleure compréhension, tant diagnostique que conceptuelle, aurait d'importantes implications cliniques car elle permettrait aux intervenants de mieux intervenir selon les différents symptômes et enjeux présents et ainsi d'offrir des traitements adaptés aux besoins spécifiques de cette clientèle.

### 2.1.10 Références

- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality décompensation. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 327-334.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2003). A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 19-52.
- Bentall, R. (1993). Deconstructing the concept of 'schizophrenia'. *Journal of Mental Health*, 2(3), 223-238.
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1997). Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 832-839.
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(4), 236-241.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59, 255-261.
- Elzinga, B. M., Van Dyck, R. & Spinhoven, P. (1998). Three controversies about dissociative identity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 13-23.
- Follin, S., Chazaud, J., & Pilon, L. (1961). Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Évolution Psychiatrique*, 26, 257-286.
- Frischholz, E. J., Lipman, L. S., Braun, B. G., & Sachs, R. G. (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1521-1525.
- Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 631-657.
- Gleaves, D. H., Smith, S. M., Butler, L. D., & Spiegel, D. (2004). False and recovered memories in the laboratory and clinic: a review of experimental

- and clinical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(1), 3-28.
- Haugen, M. C., & Castillo, R. J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 751-754.
- Honig, A., Romme, M. A., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H., & Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 646-651.
- International Society for the Study of Dissociation (2005). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6 (4), 69-149.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., De Graaf, R., & Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38-45.
- Kilcommons, A., & Morrison, A. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351-359.
- Kluft, R. P. (2005). Diagnosing dissociative identity disorder: understanding and assessing manifestations can help clinicians identify and treat patients more effectively. *Psychiatric Annals*, 35(8), 633-643.
- Kluft, R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 293-298.
- Kumar, V., Pekala, R. J., & Marcano, G. (1996). Hypnotizability, dissociativity, and phenomenological experience. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 9(3), 143-153.
- Lalonde, J. K., Hudson, J. I., Gigante, R. A., & Pope, H. G. Jr. (2001). Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnoses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(5), 407-412.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2003). Vocabulaire de la psychanalyse, 14<sup>ème</sup> édition, Presses universitaires de France, Paris.

- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., & Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(12), 1703-1710.
- Maleval, J.-C. (2007). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot.
- Mazzoni, G. A. L., Loftus, E. F., & Kirsch, I. (2001). Changing beliefs about implausible autobiographical events: a little plausibility goes a long way. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, *7*(1), 51-59.
- McHugh, P. R. (1995). Resolved: multiple personality disorder is an individually and socially created artefact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(7), 957-963.
- Merskey, H. (1992). The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *160*, 327-340.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K., Sandyck, P., & Roelofs, K. (2001). Hypnotizability, dissociation and trauma in patients with a conversion disorder: an exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *8*, 400-410.
- Moskowitz, A. K., Barker-Collo, & S., Ellson, L. (2005). Replication of dissociation-psychosis link in New Zealand students and inmates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(11), 722-727.
- Mueser, K. T., Bolton, E., Carty, P. C., Bradley, M. J., Alhgren, K. F., Distaso, D. R., Gilbride, A., & Liddell, C. (2007). The trauma recovery group: a cognitive-behavioral program for post-traumatic stress disorder in persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, *43*(3), 281-304.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., Auciello, P., & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(3), 493-499.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J., & Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings

- from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (1), 246-251.
- Noyes, A.P. (1934). *Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia: WB Saunders.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research, 97* (2-3), 153-164.
- Pope, H. G. Jr., Oliva, P. S., Hudson, J. I., Bodkin, J. A., & Gruber, A. J. (1999). Attitudes toward DSM-IV dissociative disorders diagnoses among board-certified American psychiatrists. *American Journal of Psychiatry, 156*, 321-323.
- Porter, S., Yuille, J. C., & Lehman, D. R. (1999). The nature of real, implanted, and fabricated memories for emotional childhood events: implications for the recovered memory debate. *Law and Human Behavior, 23*(5), 517-537.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative phenomena. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociative Disorders: A Clinical Review* (pp. 1-16). Lutherville, MD: The Sidran Press.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*, 285-293.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A., & Ross, C. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*(5), 330-350.
- Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1383-1385.
- Ross, C.A. (2004). *Schizophrenia : Innovations in diagnosis and treatment*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ross, C. A., & Dua, V. (1993). Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy, 47*(1), 103-112.

- Ross, C. A., & Keyes, B. (2004). Dissociation and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(3), 69-83.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990a). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 111-118.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990b). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147(5), 596-601.
- Ross, C. A., & Norton, G. R. (1988). Multiple personality disorder patients with a prior diagnosis of schizophrenia. *Dissociation*, 1(2), 39-42.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 413-418.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology* (5th ed.). New York: Grune & Stratton.
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3-4), 222-228.
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193-199.
- Spitzer, C., Haug, H.-J., & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30, 67-75.
- Stip, E., & Letourneau, G. (2009). Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(3), 140-151.
- Van der Hart, O., & Spiegel, D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(3), 191-209.

- Van der Hart, O., Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress, 6*(1), 43-64.
- Vogel, M., Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). The role of trauma and PTSD-related symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia. *Psychopathology, 39*(5), 236-242.

## **2.2 Transition entre les articles 1 et 2**

L'article 1 a mis en lumière la confusion en termes diagnostiques entre les troubles dissociatifs et psychotiques. Non seulement leur symptomatologie se ressemble, mais les troubles d'une catégorie seraient souvent trouvés en comorbidité avec les troubles de l'autre catégorie. De plus, une étiologie traumatique est considérée dans les deux cas. Les différentes options à considérer pour expliquer ce chevauchement ainsi que leurs implications ont été examinées : mauvais diagnostic, comorbidité indétectée ou nouvelle entité clinique.

L'article 2 évalue plus spécifiquement l'hypothèse d'une schizophrénie dissociative, une entité clinique où la dissociation serait sous-jacente à l'expression des symptômes psychotiques. Il vise à valider un ensemble de critères proposés pour diagnostiquer la schizophrénie dissociative, à établir une prévalence de ce trouble et à en donner une description clinique.

## **2.3 Article 2**

### **Empirical testing of the dissociative schizophrenia criteria**

**Marie-Christine Laferrière-Simard, Tania Lecomte & Lola  
Ahoundova**

**Journal of Trauma and Dissociation (2014), 15(1), 91-107.**

Reproduit avec l'autorisation de Taylor and Francis Group

#### **2.3.1 Abstract**

This study examined the validity of dissociative schizophrenia diagnostic criteria. In the first phase, 50 participants with a psychotic disorder were administered the Dissociative Experiences Scale and the Childhood Trauma Questionnaire to identify those with dissociative characteristics. In the second phase, we selected those who had a score of 15 or above on the Dissociative Experiences Scale. Fifteen of these participants were evaluated thoroughly with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II, and Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders to determine whether they met the criteria for dissociative schizophrenia and to generate a clinical description. Our results indicate that 24% of the individuals we tested met these criteria. We propose making mandatory 1 of the 3 dissociative symptoms of the criteria to eliminate people with only nonspecific symptoms (e.g., extensive comorbidity). According to this modified criterion, 14% of our sample would receive a diagnosis of dissociative schizophrenia. However, a more comprehensive look at the clinical picture begs the question of whether dissociative schizophrenia is truly present in every person meeting the criteria. We discuss the relevance of creating a new schizophrenia subtype and offer recommendations for clinicians.

*Keywords:* dissociation, schizophrenia, dissociative disorders, diagnostic validity

### **Empirical testing of the dissociative schizophrenia criteria**

In 2004, Ross suggested creating a new nosological classification: the dissociative subtype of schizophrenia. He argued that there was overlap between psychotic and dissociative symptoms and that some core features of dissociative identity disorder and schizophrenia were the same. Several authors have also argued that the so-called first-rank symptoms of schizophrenia are in fact present in larger numbers and are more severe in dissociative identity disorder than they are in schizophrenia (Dorahy et al., 2009; Kluft, 1987; Ross et al., 1990). These symptoms include voices heard arguing, voices commenting on behaviors or thoughts, somatic passivity, thoughts stolen by external forces, and so on.

Ross's (2004) criteria for dissociative schizophrenia are schizophrenia dominated in its clinical presentation by three of the following six criteria: (a) dissociative amnesia, (b) depersonalization, (c) the presence of two or more distinct identities or personality states (d) auditory hallucinations, (e) extensive comorbidity (i.e., participants identified as having many dissociative symptoms often have substance use disorder, depression, somatization or borderline personality disorder), or (f) severe childhood trauma. This last criterion is important because dissociation is generally recognized as a result of childhood trauma. To test this model, Ross & Keyes (2009) conducted clinical interviews from which they identified that 22% of their sample (11/50) as meeting the criteria for dissociative schizophrenia.

This nosological classification was also reported in another study (Sar et al., 2010), which found that 26% (18/70) of its participants had high scores on a measure of dissociation and exhibited secondary characteristics of dissociative identity disorder. In addition, this group differed from the other groups by having more first-rank symptoms, extrasensory perception, somatic complaints, and more

borderline personality traits - confirming the comorbidity criteria reported by Ross (2004).

The objective of the present study was to empirically determine the prevalence of dissociative schizophrenia as defined by Ross (2004) and to illustrate clinical profiles. Indeed, studies in which dissociative schizophrenia has been described have not systematically tested for it using the suggested criteria. Based on these studies, we hypothesize that approximately 25% of our sample would meet these criteria.

This study was divided into two phases. The first phase aimed primarily at identifying individuals diagnosed with a psychotic disorder receiving services from a large psychiatric hospital in Montreal, Canada who presented with dissociative features. In the second phase, we examined whether criteria for dissociative schizophrenia were present among the identified subsample. Both quantitative and clinical data were collected using semistructured interviews, enabling us to present clinical profiles of the participants.

### **2.3.2 Phase 1**

#### **2.3.2.1 Method**

##### **2.3.2.1.1 Participants**

Participants were recruited from the psychotic disorder program (in- and outpatient) of the Hôpital Louis-H. Lafontaine in Montreal, Canada. Included diagnoses were schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, and brief psychotic disorder. The hospital's ethics and research committee approved the project. Fifty individuals between 18 and 69 years of age, with a mean age of 32 years ( $SD = 11$ ), including 34 men, participated in the study. Forty were of Western origin, eight were African or Caribbean and two were Latin American.

### **2.3.2.1.2 Materials**

The following self-reported questionnaires (French versions) were used.

#### ***Sociodemographic questionnaire.***

The Canadian version of the Psychosocial Rehabilitation Toolkit (Arns, Rogers, Cook, Mowbray, & Members of the IAPRS Research Committee, 2001) was used to collect information such as age, number of hospitalizations, occupation, education, age at first psychiatric consultation, diagnosis, and substance abuse.

#### ***Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).***

The CTQ is a 28-item self-report questionnaire assessing experiences of childhood maltreatment (Bernstein et al., 2003). It includes the following scales: Emotional Neglect (EN), Emotional Abuse (EA), Physical Abuse (PA), Sexual Abuse (SA), Physical Neglect (PN) and Denial (D) (Paquette, Laporte, Bigras, & Zoccolillo, 2004). Scores are calculated by calculating the mean of the scale items. Standards are provided by the authors for categorizing the severity of trauma on each scale (none, low, moderate, or severe; Bernstein & Fink, 1998). The internal consistency (Cronbach's alpha) of the scales is excellent (.79 - .94; Paquette et al., 2004).

#### ***Dissociative Experiences Scale (DES).***

The DES is a 28-item self-report questionnaire measuring dissociative experiences on a scale of 0% to 100% (Bernstein & Putnam, 1986). Its original psychometric qualities are excellent (Carlson & Putnam, 1993). The scale offers a total score, which is the mean of all items, and a score of pathological dissociation derived from the mean of eight items (Waller, Putnam, & Carlson, 1996), called the *taxon*. The Bayesian probability of a subject belonging in the DES taxon can be calculated with a procedure described by Waller & Ross (1997).

### 2.3.2.1.3 Procedure

Participants completed the self-report measures individually in the same room as two to five other participants, given space and time constraints. After the study and consent form were explained, capacity to give informed consent was verified using a true/false questionnaire covering various aspects of the study, with a maximum of three trials prior to obtaining a perfect score. For example, one question was “My doctor will be mad and will stop treating me if I do not accept to participate in the study”. All participants passed. They then completed the sociodemographic questionnaire, the CTQ, and the DES. They received a token monetary compensation of 10\$ for their time.

### 2.3.2.2 Results

Table 1 presents the mean DES and CTQ subscale scores. Correlational analyses (Spearman's rho) were performed to determine whether dissociation and childhood trauma were related, as is generally reported in the literature. The results indicate that in our sample the total scores on the DES and CTQ were not significantly related ( $r_s(48) = .08, p = .61$ ).

Table 1. Mean Scores on the DES and CTQ.

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>
DES	18.12	12.68
CTQ		
Physical Abuse	7.49	2.49
Physical Neglect	9.82	3.37
Emotional Abuse	11.03	4.74
Emotional Neglect	13.42	4.45
Sexual Abuse	8.18	5.33

Table 2 presents the number and percentage of participants with scores of moderate or severe on the CTQ subscales (Bernstein & Fink, 1998) by slices of DES scores. The first DES slice went up to 15; this threshold score was chosen

because it offered the best sensitivity and specificity when the DES was used as a screening instrument (Steinberg, Rounsaville, & Cicchetti, 1991). A score of 30 is also often reported as a cutoff score (e.g., Merckelbach, Muris, & Rassin, 1999), so a third slice of scores above 30 is provided for comparison purposes. These slices offer a portrait of the severity of the dissociative characteristics of the sample.

Table 2. Number and Percentage of Participants With CTQ Subscale Scores of Moderate or Severe by Slices of DES Scores.

DES	DES		Taxon <sup>1</sup>		CTQ - Moderate or severe									
					PA		PN		EA		EN		SA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-14	25	50	0	0	3	6	12	24	9	18	11	22	7	14
15-30	17	34	3	6	3	6	12	24	10	20	6	12	5	10
> 30	8	16	5	10	2	4	1	2	3	6	1	2	1	2
Total	50	100	8	16	8	16	25	50	22	44	18	36	13	26

<sup>1</sup> More than 75% chance belonging to the pathological dissociation taxon

In order to determine whether there was some overlap in participants with high severity on the DES and on the CTQ, we divided participants into two groups according to their DES total score using a threshold of 15 and into groups according to the "severe" criterion on each scale of the CTQ. The results of cross-tabulations were not significant ( $p > .05$ ). The same calculations were made but with a "moderate" criterion on the CTQ scales and then with a threshold of 30 on the DES (with both "severe" and "moderate" criteria on the CTQ scales) with no significant results ( $p > .05$ ).

Finally, *t*-tests were conducted to determine whether participants differed on sociodemographic variables depending on whether the DES score was above or below 15. The results showed that the groups did not differ in terms of age, years of schooling, age at the onset of symptoms or number of hospitalizations.

### **2.3.3 Phase 2**

#### **2.3.3.1 Method**

##### **2.3.3.1.1 Participants**

A total of 25 participants who had scored 15 or higher on the DES were asked to take part in Phase 2 of the study. Of these, 15 participants were available and willing. Those who refused did not differ from the assessed group on sociodemographic information, on any CTQ scale, or in terms of probability of belonging to the taxon of pathological dissociation. They differed on their average DES score,  $t(19.01) = 2.62, p < .05$ , which was lower than the DES score of those in the assessed group ( $M = 24.03, SD = 3.70$ , vs.  $M = 31.51, SD = 10.08$ , respectively). Participants were between 18 and 40 years of age ( $M = 28, SD = 6$ ) with DES scores ranging from 18.57 to 51.79 ( $M = 31.51, SD = 10.08$ ). Eleven were male, 13 were of Western origin, and two were of African or Caribbean origin.

##### **2.3.3.1.2 Materials**

Three semistructured interviews were administered in this phase: the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I (SCID-I), the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative disorders (SCID-D). All were administered in French.

The SCID-I is considered the gold standard for systematically assessing DSM-IV Axis I mental disorder diagnostic categories. Reported interrater agreement kappa coefficients range from .57 to 1 (Zanarini et al., 2000). The SCID-II assesses DSM-IV personality disorders. Theta coefficients measuring internal consistency range from .71 to .94 (Maffei et al., 1997). Finally, the SCID-D (Steinberg, 2000) assesses the severity of five dissociative symptoms: amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alteration. It also provides the criteria for a diagnosis of dissociative disorder according to the DSM-IV not available in SCID-I and SCID-II. Interrater agreements ranges from very

good to excellent with reported kappa coefficients ranging between .72 and .86 (Steinberg, Hall, Lareau, & Cicchetti, 2001).

#### **2.3.3.2.3 Dissociative schizophrenia criteria operationalization**

Ross's (2004) criteria - (1) Dissociative amnesia, (2) Depersonalization and (3) Presence of two or more distinct identities or personality states - were assessed using the SCID-D. Criterion 1 was considered to be met when Criterion A of DSM-IV dissociative amnesia was met (i.e., "one or more episodes of inability to recall important personal information, usually of a traumatic or stressful nature, that is too extensive to be explained by ordinary forgetfulness", American Psychiatric Association, 2000, p. 523). Criterion 2 was considered to be met when Criterion A (feelings of detachment from one's mental processes or body) and B ("reality testing remains intact", American Psychiatric Association, 2000, p. 532) of DSM-IV depersonalization disorder were met. Criterion 3 was considered to be met when Criterion A of DSM-IV dissociative identity disorder was met (i.e., the presence of "two or more distinct identities or personality states", American Psychiatric Association, 2000, p. 529). The presence of auditory hallucinations (Criterion 4) was determined by the SCID-I. Comorbidity was considered extensive (Criterion 5) when a person received diagnoses of at least three disorders assessed by both the SCID-I and II. This number was chosen because Zimmerman & Mattia (1999) reported that a third of outpatients get three or more diagnoses when assessed using the SCID. Finally, childhood trauma (Criterion 6) was considered severe when at least one of the CTQ subscales had reached the level of severe or at least three subscales reached the level of moderate. The severe cutoff score determined by the CTQ's authors was chosen because it had very good specificity and acceptable sensitivity (Bernstein & Fink, 1998). We also considered that multiple moderate scores could equal a severe trauma score given that studies on child victimization suggest that complex trauma (poly-yet not severe traumatization) is highly predictive of later trauma symptoms (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

#### **2.3.3.1.4 Procedure**

A trained interviewer met with the participants individually. The procedure for informed consent was the same as for Phase 1. The SCID-I, II and D interviews took between 5 and 8 hours over the course of two meetings. Participants received a stipend of 30\$ for their time.

#### **2.3.3.2 Results**

Table 3 shows the results for each participant. Seven out of 15 (47% of the assessed group) met three or more criteria and would receive a diagnosis of dissociative schizophrenia according to Ross (2004). Because only 50% of the entire sample met the criteria for the second phase, we can extrapolate that approximately 24% of our original sample would present with Ross's dissociative schizophrenia.

Participants were divided into two groups: those who met the proposed criteria for dissociative schizophrenia and those who did not. Independent sample *t* tests were performed to determine whether the groups differed in their scores on the DES or the CTQ and its subscales. Only one significant difference was found in the CTQ Denial subscale,  $t(10) = 2.6, p < .05$ , with participants who met the criteria for a dissociative schizophrenia having a lower score of denial ( $M = .3, SD = .5$ ) than those not meeting criteria ( $M = 1.4, SD = 1.1$ ).

##### **2.3.3.2.1 *A posteriori* analyses and results**

Given the uneven distribution of criteria response in Table 3, we questioned the ecological validity of the previously described criteria and we decided *a posteriori* to examine in greater depth how the criteria were met. Table 3 shows that among participants presenting at least three criteria for dissociative schizophrenia, three participants met only the nonspecific criteria of dissociative schizophrenia (i.e., auditory hallucinations, extensive comorbidity, and severe childhood trauma). These criteria were present in 60% to 73% of those who were evaluated in the second phase. Thus, only 4 out of 15 (27%) also presented with dissociative symptomatology as assessed by Criteria 1, 2 and 3 (i.e., dissociative

Table 3. Participants' Results for Dissociative Schizophrenia Criteria.

ID	Criterion <sup>1</sup>						Number of criteria met
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
1					X	X	2
2				X	X	X	3
3	X	X	X	X	X	X	6
4				X		X	2
5				X	X	X	3
6		X		X			2
7				X	X	X	3
8		X					1
9					X	X	2
10		X		X	X		3
11						X	1
12		X		X	X		3
13		X		X	X	X	4
14				X			1
15				X	X		2
	7%	40%	7%	73%	67%	60%	

Light gray = original criteria, dark gray = modified criteria. Percentages indicate the proportion of participants meeting the criterion.

<sup>1</sup> Criteria were as follows : 1 = dissociative amnesia; 2 = Depersonalization; 3 = two or more distinct identities or personality states; 4 = auditory hallucinations; 5 = extensive comorbidity; 6 = severe childhood trauma.

amnesia, depersonalization and the presence of two or more distinct identities or states). Establishing a diagnosis of dissociative schizophrenia without dissociative symptoms appears illogical. For a diagnosis of dissociative schizophrenia to exist, the presence of at least one of the first three criteria (i.e., the presence of dissociative symptoms) should be mandatory. Thus, only 14% of our total sample met the new criteria for dissociative schizophrenia. The individual results of each of the seven participants meeting Ross's (2004) original criteria for dissociative

schizophrenia are presented in Table 4, with the four participants meeting the modified criteria in gray. Clinical vignettes are provided next to illustrate the symptom presentation of the individuals meeting criteria and to offer comparisons with the vignettes presented by Ross & Keyes (2009).

Table 4. Individual results of the 7 subjects meeting dissociative schizophrenia criteria.

ID <sup>1</sup>	DES	Taxon <sup>2</sup>	PA	PN	EA	EN	SA	D	Diagnoses
2	23.57	50.35	5	12 <sup>M</sup>	15 <sup>M</sup>	15 <sup>M</sup>	5	0	Paranoid schizophrenia Alcohol dependence Cannabis dependence Panic disorder without agoraphobia
3	50.71	99.99	8	6	15 <sup>M</sup>	12	20 <sup>S</sup>	0	Schizoaffective disorder Alcohol dependence Major depressive episode Manic episode Dissociative identity disorder
5	25.71	50.35	9	6	13 <sup>M</sup>	12	16 <sup>S</sup>	1	Paranoid schizophrenia Alcohol dependence Cannabis dependence Social phobia Conduct disorder
7	34.11	99.39	15 <sup>S</sup>	8	10	15 <sup>M</sup>	8	0	Paranoid schizophrenia Major depressive episode Hypomanic episode

Table 4 (continued). Individual results of the 7 subjects meeting dissociative schizophrenia criteria.

ID <sup>1</sup>	DES	Taxon <sup>2</sup>	PA	PN	EA	EN	SA	D <sup>3</sup>	Diagnoses
10	37.86	99.18	8	11 <sup>M</sup>	10	11	5	0	Schizoaffective disorder Alcohol dependence Cannabis dependence Panic disorder with agoraphobia Depersonalization Acute stress disorder
12	31.07	41.53	6	9	8	9	5	1	Schizoaffective disorder Alcohol dependence Cannabis dependence Panic disorder with agoraphobia Social phobia Depersonalization disorder Conduct disorder
13	28.93	83.81	8	12 <sup>M</sup>	18 <sup>S</sup>	15 <sup>M</sup>	8	0	Schizoaffective disorder Amphetamine dependence Generalized anxiety disorder Depersonalization disorder Avoidant PD

<sup>1</sup> Shading indicates subjects who met only the modified dissociative schizophrenia criteria.

<sup>2</sup> Chance belonging to the pathological dissociation taxon (%)

<sup>M</sup> Moderate

<sup>S</sup> Severe

### 2.3.3.2.2 Clinical vignettes of individuals meeting modified criteria of dissociative schizophrenia

Participant 3 was a woman in her early 30s with a history of sexual abuse by her stepfather. She mentioned at least one manic episode and 10 episodes of depression, some with psychotic features and, at times, catatonic states when she

no longer responded to stimuli (e.g., a slap in the face). She reported being hospitalized about 40 times and receiving electroconvulsive therapy at the age of 18. She described how from age 14 to about 20 she heard voices telling her to mutilate or kill herself as well as had visual hallucinations of herself crucified. She reported having four internal characters: two men and two women, in addition to a group of men she called “men of control”. She had a visual image, name and approximate age for each character who could take control of her body and make her do things against her will. Struggles arose at times between those who sought to protect her and those who were antagonistic. Headaches and involuntary movements accompanied these struggles. Her voices also narrated her movements and intentions. She reports that she had written dialogues with them, her writing changing from one voice to another. She reported other symptoms, such as seeing “signs” (e.g., from music or TV), having the impression that people were talking about her on the subway, or thinking her food had been poisoned. She forgot parts of her past, although she felt this could be due to the effects of electroconvulsive therapy.

Participant 10 was a man in his late adolescence. He felt his first symptoms a year ago and had been hospitalized twice. No trauma was reported, except occasional physical neglect. He described feeling as if he was in a film/dream, even in elementary school. He described often feeling as if he was next to himself, seeing himself doing something from an outside perspective, even having the impression of floating, as if he had no legs and his head had swelled like a balloon. He reported having had panic attacks at the age of 11 or 12 and at least three episodes of depression and mania since. One manic episode resulted in a psychotic episode. He described a number of visual, auditory and olfactory hallucinations, as well as thinking that people were talking about him (e.g., on television) and that the government could read and control his thoughts. This psychotic episode was even more traumatic given that he was sent to jail for assaulting someone, and he ended up being assaulted by other prisoners. He did not remember who he was and thought he was a police officer in training.

Participant 12 is a man in his early 30s and a regular consumer of drugs and alcohol. There are no reports of major trauma. His first symptoms occurred when he was about 15 years old and consisted of panic attacks. He was diagnosed with a panic disorder with agoraphobia and social phobia. He was hospitalized twice, the first time around the age of 30. He had three major depressive episodes with delusions related to a sense of persecution and auditory hallucinations. He heard the voices of people he knew who criticized or made jokes about him. On the DES, he reported that he did not remember some important events in his life. He strongly endorsed items about flashbacks or about living thoughts or dreams as if they were really happening. He frequently did not remember if he actually did something or just thought he did. He described often feeling distant from what was happening to the extent that, at times, he felt like he was two different people, although only for a few seconds. He reported several episodes of depersonalization on the bus, not remembering when he came in and sat down. Episodes of depersonalization were described as relaxing for him, except when he was outside of his body (which happened once a year), causing a bit of anxiety. He did not report any confusion or alteration of identity.

Participant 13 was a man in his mid-20s and a regular consumer of drugs and alcohol. His first symptoms were anxiety, depressed mood, social withdrawal and feelings of anger. He consulted a psychiatrist at age 21 and has been hospitalized twice. He experienced moderate physical neglect and abuse and severe emotional neglect. He had one major depressive episode, described feeling depressed most of the time and was diagnosed with generalized anxiety disorder. His central preoccupation seemed to be around his sense of reality. As a teenager, he felt that his life was a dream and he could not always control his words or behavior. He occasionally thought that he alone was real, the rest of the world was unreal. He reported struggles within himself about opposites, namely abstract things such as chaos versus order, inhuman versus human, light versus darkness. He mentioned hearing voices every day in his head that commented or told him to

do things. He communicated with his voices to make sense of reality. He also described reacting strongly to major changes. He reported having lost memories of his childhood when he became an adult. It felt like he had changed so much that he was no longer the same person. His memories returned after a few years and he then felt that his identity was more integrated. In the same vein, he reported that he needed a few weeks after moving for his memories to come back since he had become detached from himself. Finally, he felt more mature inside than outside, finding he could not always recognize himself in his actions. This gap created uncertainty about his identity.

### **2.3.4 Discussion**

#### **2.3.4.1 Absence of a link between trauma and dissociation scales**

In the first phase of the study, the levels of trauma and dissociation were, unexpectedly, not related in our sample. Studies on childhood trauma and dissociation in psychotic populations generally report a link between these two variables, either at the total score or the subscale level ( $r$  between .20 and .71 - Sar et al., 2010; Schäfer et al., 2006, 2012). However, this link was also found to be absent in the study conducted by Laddis & Dell (2012b). They postulated that it could be an artifact of dissociation measurement instruments being too inclusive in defining similar-appearing experiences as “dissociation” (Laddis & Dell, 2012a, 2012b). This hypothesis fits our data, given that some participants obtained relatively high/very high scores on the DES at baseline and, when assessed in the second phase with the SCID-D, did not prove to have a dissociative disorder. This also suggests that experiences rated on the DES may be more psychotic or delusional in nature than dissociative, even if they appear dissociative, although this is only evident after a thorough evaluation. In fact, Laddis & Dell (2012a) reflected this idea with the quote: “All that glistens is not gold”. Schäfer et al. (2006) also underlined the limits of self-report measures of dissociation in individuals experiencing acute psychotic symptoms given the overlap of dissociative and psychotic symptoms.

#### **2.3.4.2 Prevalence of dissociative schizophrenia**

In the second phase of the study, we found that a little less than a quarter of our total sample met the criteria for dissociative schizophrenia, which is consistent with what has been reported by others interested in defining a dissociative subgroup of individuals diagnosed with schizophrenia (Ross & Keyes, 2009; Sar et al., 2010). A closer examination of our results led us to propose a modification to Ross's (2004) criteria, making the presence of at least one of the three dissociative symptoms mandatory for establishing a diagnosis of dissociative schizophrenia. A much smaller proportion of individuals met the new criteria for a diagnosis of dissociative schizophrenia, causing us to question our results and the relevance of such a diagnosis.

One issue is that our calculation method has limits. Half of the initial group was excluded on the basis of a DES score below 15; perhaps some of the excluded individuals would have met the dissociative schizophrenia criteria. This possibility, however, is small since a threshold of 15 on the DES is the lowest quoted in the literature for the detection of a dissociative disorder. Also, we had to assume that those who refused to take part in the second phase would yield similar results, although their mean DES score was lower. Thus, it is important to keep in mind that the reported percentages are estimates, especially since the sample was very small.

#### **2.3.4.3 Modification of the criteria set**

We have proposed a modification to Ross's (2004) criteria to make the presence of at least one of the three dissociative symptoms mandatory for establishing a diagnosis of dissociative schizophrenia. Criteria 4 to 6 are not specific, as they were present in 60% to 73% of those who were evaluated in the second phase of our research. Other authors would argue that auditory hallucinations are in fact dissociative symptoms (Longden, Madill, & Waterman, 2012; Moskowitz & Corstens, 2007). Auditory hallucinations were more common than dissociative symptoms in the persons scoring above 15 on the DES. Yet they

were also present whether or not the person met the criteria (original or modified) for dissociative schizophrenia, whether or not the person also experienced other dissociative symptoms, and whether or not there was severe trauma in childhood. We also observed that the DES scores of individuals meeting the modified criteria were higher than those who met the original criteria. This would probably not be the case if all auditory hallucinations reported were dissociative. The small sample size does not allow for an interpretation of this point, nor does it allow us to distinguish between dissociative and psychotic auditory hallucinations.

#### **2.3.4.4 Is there a typical clinical portrait of individuals meeting the criteria for dissociative schizophrenia?**

The quantitative results of this study confirm that there is a subgroup of people who have both psychotic and dissociative symptomatology and, thus, correspond to the definition of dissociative schizophrenia made by Ross (2004) and operationalized by our modified criteria. However, a more comprehensive look at the clinical picture does not reveal a typical portrait. Participant 3 could be diagnosed with both dissociative identity disorder and schizophrenia using the DSM-IV, following Ross's diagnostic logic (Ross & Keyes, 2009). However, the primary disorder seemed to be dissociative identity disorder, with secondary psychotic features. Conceptually speaking, a diagnosis of schizophrenia would be incorrect in this case. Participant 10 presented dissociative (alteration/identity confusion) and psychotic symptoms that were intertwined with delusions, with dissociation present from childhood. Comorbidity could explain such a presentation, but a clear diagnosis was difficult to establish. Participant 12 seemed to have a psychotic disorder and a comorbid anxiety disorder; the dissociation appeared to be related to anxiety rather than being a primary disorder. Finally, Participant 13 appeared to have a psychotic disorder with symptoms of dissociative appearance. For example, his detachment provoked memory impairment, which could be dissociative, but that detachment seemed to result from having difficulty dealing with reality, which could be more psychotic in nature. So, misdiagnoses and comorbidity could explain the presence of

concomitant psychotic and dissociative symptoms in most of the participants meeting the dissociative schizophrenia criteria.

An intriguing finding, though, is that all four participants meeting modified criteria for dissociative schizophrenia received a primary schizoaffective disorder diagnosis, which is a controversial diagnosis in itself (Malaspina et al., 2013). This finding contradicts results of Haugen & Castillo (1999), who found greater prevalence of dissociative disorders in people with schizophrenia compared to people with schizoaffective disorder. However, more affectivity makes sense since high dissociators with a diagnosis of schizophrenia more often present with comorbid depression compared to low dissociators (Ross & Keyes, 2004). Yet our small sample limits interpretation, especially because some participants in the nondissociative schizophrenia group also received a schizoaffective disorder diagnosis, but this finding would merit further attention in future studies on dissociation in schizophrenia.

#### **2.3.4.5 On the relevance of creating a dissociative subtype of schizophrenia**

Despite the fact that our quantitative data supports the existence of a dissociative subtype of schizophrenia, the clinical picture is not as clear. Furthermore, we question the benefit of creating a dissociative subtype of schizophrenia. Recognition of dissociation, when juxtaposed with schizophrenia, is only speculative. Indeed, psychiatrists are quite ambivalent about the validity of dissociative amnesia or dissociative identity disorders as diagnoses (Lalonde, Hudson, Gigante, & Pope, 2001). The solution lies in the recognition of dissociation by clinicians. Pursuing structured studies on dissociative disorders seems necessary for the recognition of the validity of this nosological category. It is also important to continue to clarify differences between psychotic and dissociative disorders to better determine what is apparently or fundamentally psychotic or dissociative symptomatology. Although we agree with Moskowitz, Read, Farrelly, Rudegear, and Williams (2009) about traumatic etiology and the dissociative nature of some psychotic symptoms, such as auditory hallucinations,

we believe that there is a fundamental difference between schizophrenia and complex dissociative disorders such as dissociative identity disorder. Revising the definition of schizophrenia could help resolve the issue of an overlap with dissociative disorders (Moskowitz, 2012). Indeed, the validity of the diagnosis of schizophrenia has often been criticized (Bentall, 1993; Moskowitz, 2012) and it would be premature to propose any subtype of schizophrenia when the validity of the main diagnosis must still be proven. Furthermore, the DSM-5 eliminated all schizophrenia subtypes given their lack of validity (American Psychiatric Association, 2013a; Tandon, 2013).

Finally, it seems that a new diagnostic category to represent the co-occurrence of two syndromes might not be essential. Instead clinicians should be trained to have a more global understanding of the clinical presentation. There is currently a bias towards diagnosing a primary psychotic disorder as soon as psychotic symptoms are reported, often to the detriment of important comorbid disorders. Recognition of all symptoms, including dissociation, is even more important when there are effective treatments available (e.g., Brand, Classen, et al., 2009). People presenting with psychotic and dissociative symptoms should receive both medication and psychotherapy focusing on traumatic experiences, when relevant. The quality of life of these individuals would be much improved.

### 2.3.5 References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arns, P., Rogers, E.S., Cook, J., Mowbray, C., & Members of the IAPSRS Research Committee. (2001). The IAPSRS Toolkit: Development, utility, and relation to other performance measurement systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 43-52.
- Bentall, R. (1993). Deconstructing the concept of 'schizophrenia'. *Journal of Mental Health*, 2(3), 223-238.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. New York: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease* 174(12), 727-735.
- Brand, B., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C., & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(2), 153-171.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16-27.
- Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., Mulholland, C., & Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a

- childhood trauma history: Similarities and differences. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(12), 892-898.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Haugen, M.C., & Castillo, R.J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 751-754.
- Kluft, R.P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 293-298.
- Laddis, A., & Dell, P.F. (2012a). All that dissociation instruments measure is not dissociation: "All that glistens is not gold". *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 418-420.
- Laddis, A., & Dell, P.F. (2012b). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 397-413.
- Lalonde, J.K., Hudson, J.I., Gigante, R.A., & Pope, H.G., Jr. (2001). Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnoses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(5), 407-412.
- Longden, E., Madill, A., & Waterman, M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28-76.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284.
- Malaspina, D., Owen, M.J., Heckers, S., Tandon, R., Bustillo, J., Schultz, S., Barch, D.M., Gaebel, W., Gur, R.E., Tsuang, M., Os, J.V., & Carpenter, W. (2013). Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. doi: dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.026

- Merckelbach, H., Muris, P., & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences, 26*(5), 961-967.
- Moskowitz, A. (2012). On the relation between trauma, dissociation, psychotic symptoms, and schizophrenia. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis, 6*, 190-194.
- Moskowitz, A., & Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? . *Journal of Psychological Trauma, 6*(2-3), 35-63.
- Moskowitz, A., Read, J., Farrelly, S., Rudegeair, T., & Williams, O. (2009). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? . In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 521-533). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201-220.
- Ross, C.A. (2004). *Schizophrenia : Innovations in diagnosis and treatment*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Ross, C.A., & Keyes, B. (2004). Dissociation and Schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation, 5*(3), 69-83.
- Ross, C.A., & Keyes, B.B. (2009). Clinical features of dissociative schizophrenia in China. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 1*(1), 51-60.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry, 147*(5), 596-601.
- Sar, V., Taycan, O., Bolat, N., Ozmen, M., Duran, A., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology, 43*(1), 33-40.

- Schäfer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., Read, J., & Naber, D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 135-138.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic, 64*(2), 146-163.
- Steinberg, M., Hall, P., Lareau, C., & Cicchetti, D.V. (2001). Recognizing the validity of dissociative symptoms using the SCID-D-R: Guidelines for clinical and forensic evaluations. *Southern California Interdisciplinary Law Journal, 10*(2), 225-242.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry, 148*(8), 1050-1054.
- Tandon, R. (2013). Schizophrenia and other Psychotic Disorders in DSM-5. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 7*(1), 16-19.
- Waller, N., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1*(3), 300-321.
- Waller, N.G., & Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(4), 499-510.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T.H., & Gunderson, J.G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study : Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders, 14*(4), 291-299.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Comprehensive Psychiatry, 40*(3), 182-191.

### **3. Discussion générale**

Cette thèse vise à répondre à une question principale: la schizophrénie dissociative, telle que décrite par Ross (2004), existe-t-elle, et si oui, comment? Avant de répondre en détail à la question de recherche, il importe d'aborder certains points qui n'ont pas pu l'être dans l'article 2.

#### **3.1 Comparaison des cas de notre étude et ceux rapportés ailleurs**

Les quatre cas rapportés de schizophrénie dissociative dans l'article 2 ne ressemblent pas aux cinq cas rapportés de schizophrénie dissociative dans l'article de Ross & Keyes (2009; Cas reproduits en annexe). Les perturbations au niveau de la mémoire et/ou de l'identité semblent beaucoup plus présentes dans les cinq cas décrits par Ross & Keyes (2009). Ils ne s'apparentent pas non plus à un cas rapporté par Janet (Janet & Raymond, 1898) où, encore une fois, les perturbations au niveau de l'identité sont à l'avant-plan avec une impression d'être possédé. En effet, seule notre participante no. 3, qui pourrait recevoir le diagnostic de trouble dissociatif de l'identité, s'apparente à ceux de Ross & Keyes (2009), tandis que nos autres participants semblent avoir la dépersonnalisation comme symptôme dissociatif prédominant. Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'il s'agit de vignettes cliniques et donc que les éléments mentionnés ont été sélectionnés de façon subjective. De plus, Ross & Keyes (2009) ont présenté cinq cas parmi les 11 qui pouvaient recevoir le diagnostic de schizophrénie dissociative selon eux, si bien qu'il n'est pas possible de savoir si d'autres cas pouvaient s'apparenter aux nôtres.

Par ailleurs, dans sa conception de la schizophrénie dissociative, Ross (2004) explique que le trouble de dépersonnalisation n'est pas suffisamment sévère pour être considéré comme faisant partie de la schizophrénie dissociative

(p. 16). Il ne précise toutefois pas s'il réfère à des troubles de dépersonnalisation avec ou sans symptômes psychotiques. Dans notre étude, les critères avancés par Ross (2004) pour la schizophrénie dissociative ont été utilisés tels quels, sans égard à ses explications, l'objectif étant de valider ces critères. Il est possible que nos sujets répondant au critère « dépersonnalisation » et n'ayant que ce symptôme pour être considérés « dissociatifs » ne répondent pas à la conception que Ross (2004) se fait de la schizophrénie dissociative, ce qui expliquerait pourquoi le tableau clinique de nos participants ne semble pas correspondre aux sujets décrits dans son article (Ross & Keyes, 2009). Si effectivement la dépersonnalisation ne peut être suffisante dans le cadre d'un trouble psychotique pour que ce soit considéré comme une schizophrénie dissociative, trois des quatre cas que nous avons considéré comme répondant aux critères (une fois ceux-ci modifiés) doivent être remis en question. Dans l'article 2, nous avons modifié les critères de la schizophrénie dissociative pour rendre obligatoire un symptôme dissociatif. Si la dépersonnalisation n'est pas suffisante, il faudrait alors que l'amnésie dissociative ou la présence de plusieurs identités ou états de personnalité distincts soient obligatoires, ce qui serait déjà plus cohérent avec l'idée qui semble se dégager des écrits de Ross (2004) sur la schizophrénie dissociative. Si la modification avait été faite en ce sens, un seul de nos sujets aurait répondu aux critères de la schizophrénie dissociative, soit la participante no. 3 qui ressemble d'ailleurs beaucoup plus aux cas rapportés par Ross & Keyes (2009). De cette façon, notre échantillon aurait différencié des autres échantillons non pas au niveau de la présentation clinique mais en termes de prévalence de schizophrénie dissociative. En effet, nous aurions trouvé un estimé de 3% de schizophrénie dissociative dans notre échantillon, alors que les taux rapportés ailleurs sont de 22% (Ross & Keyes, 2009) et de 26% (Şar et al., 2010), bien que ces derniers n'aient pas évalué systématiquement la schizophrénie dissociative par ses critères.

Une autre façon de voir les choses serait de considérer les hallucinations auditives comme un symptôme dissociatif, tel que l'ont suggéré Moskowitz et Corstens (2007). En suivant cette voie, nous n'aurions pas besoin de modifier les

critères suggérés par Ross (2004) car quatre des six symptômes seraient considérés dissociatifs. Ainsi, il y aurait toujours au moins un symptôme dissociatif avec la présence de trois critères sur six pour poser le diagnostic. Dans ce contexte, les estimés de la prévalence de la schizophrénie dissociative dans une population psychotique que nous avons faits dans l'article 2, basés sur les critères non modifiés, seraient les bons, avec 24% de notre échantillon qui répondait aux critères. Cela serait plus cohérent avec les taux rapportés par Ross & Keyes (2009) et par Şar et al. (2010). Nous avons choisi de ne pas considérer cette option dans l'article 2 car les hallucinations auditives ne semblaient pas départager les participants en groupes cohérents, que ce soit en terme de trauma dans l'enfance ou de scores au DES. Malgré cela, la question reste pertinente. En effet, il est permis de croire que, au moins chez une partie des personnes ayant des hallucinations auditives, ces dernières représenteraient des parties dissociées de la personnalité. Il faudrait alors spécifier, dans la description des symptômes de la schizophrénie dissociative, que les voix entendues représentent des parties dissociées de la personnalité. La qualité des voix devrait quant à elle être évaluée de manière précise pour départager celles qui seraient la conséquence de mécanismes dissociatifs plutôt que psychotiques. Plus elles seraient structurées, plus elles auraient la capacité à interagir entre elles ou avec l'extérieur, plus elles seraient considérées dissociatives (Ross, 2004).

### **3.2 Détachement et compartimentation**

La présence de dépersonnalisation chez 40% des participants évalués à la phase 2 de notre étude mérite également qu'on s'y attarde. En effet, il s'agit du symptôme dissociatif le plus prévalent dans notre étude si on exclut la possibilité que les hallucinations auditives en soient, et il est présent autant chez les participants répondant aux critères de la schizophrénie dissociative que chez ceux n'y répondant pas. La dépersonnalisation est caractérisée par « un sentiment prolongé ou récurrent de détachement de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps, l'appréciation de la réalité demeurant intacte » (American

Psychiatric Association, 1996). Holmes et al. (2005) font la distinction entre cette idée de détachement dans la dissociation avec celle de la compartimentation. Dans leur revue des écrits scientifiques visant notamment à clarifier le concept de dissociation, ces auteurs rapportent que les conceptualisations récentes (Allen, 2001; Brown, 2002; Cardeña, 1994; Putnam, 1997) convergent vers une dichotomie détachement / compartimentation plutôt que les conceptualisations habituelles qui voient les phénomènes dissociatifs sur un continuum variant en sévérité (voir Figure 2; Bernstein & Putnam, 1986). Le détachement est défini par Holmes et al. (2005) comme un état altéré de conscience caractérisé par un sentiment de séparation (ou détachement) de certains aspects des expériences quotidiennes (traduction libre). Il comprendrait la dépersonnalisation, la déréalisation et les phénomènes similaires comme les expériences hors-corps. La compartimentation, quant à elle, représenterait des états physiques et mentaux pour lesquels le contrôle volontaire serait perdu résultant en une mauvaise intégration de systèmes distincts (traduction libre - Vogel, Braungardt, Grabe, Schneider, & Klauer, 2013). Les processus seraient tenus séparés, donc, mais continueraient de fonctionner normalement et d'influencer les émotions, les cognitions et les actions (Holmes et al., 2005). Elle comprendrait l'amnésie dissociative, les troubles de conversion, la fugue dissociative et le trouble dissociatif de l'identité.

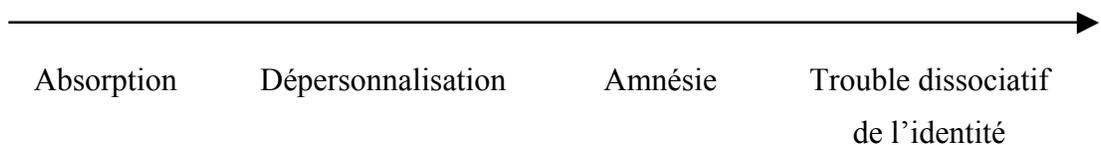


Figure 2. Continuum des phénomènes dissociatifs en fonction de leur sévérité selon les conceptualisations habituelles.

Cette différence conceptuelle semble pertinente pour comprendre la prévalence de la dépersonnalisation dans notre échantillon. En effet, selon Allen et ses collaborateurs (Allen & Coyne, 1995; Allen, Coyne, & Console, 1997), le détachement dissociatif rendrait vulnérable aux expériences psychotiques car ce détachement empêcherait le développement d'ancrages dans le monde extérieur.

Du coup, le contact avec la réalité serait plus difficile à établir et le monde interne cauchemardesque des personnes avec des symptômes post-traumatiques serait plus susceptible de prendre le dessus. De la même façon, le détachement dissociatif empêcherait le développement d'ancrages internes, soit le sentiment d'être connecté à son corps, d'être soi-même / d'avoir une identité et de s'attribuer ses actions (Allen, 2001, p. 196). Le sentiment d'être aliéné du monde, des relations avec les autres et de soi serait un autre élément présent autant dans les états psychotiques que dans le détachement dissociatif. Il a d'ailleurs été montré que les personnes traumatisées ayant des traits marqués de personnalité évitante, schizoïde, schizotypique et paranoïde (soit des traits de personnalité indiquant un isolement/une aliénation et pour la plupart considérés pré-psychotiques) avaient également des scores extrêmement élevés de détachement dissociatif (Allen, Huntoon, & Evans, 1999).

Une étude récente s'est inspirée de ce modèle bipartite de dissociation (détachement / compartimentation) pour tenter de préciser les liens entre la dissociation et la schizophrénie (Vogel et al., 2013). Les études ont généralement montré que la dissociation était liée aux symptômes positifs de schizophrénie (p.ex., Spitzer, Haug, & Freyberger, 1997) et même que la présence de symptômes positifs pourrait être un indicateur de trouble dissociatif de l'identité (Kluft, 1987). Nous pourrions donc nous attendre à ce que la compartimentation, le type de dissociation à l'œuvre dans le trouble dissociatif de l'identité, soit liée aux symptômes positifs. Les résultats de Vogel et al. (2013) ont plutôt montré le contraire. Les auteurs rapportent que le modèle bipartite de dissociation est validé par leur analyse factorielle mais que les symptômes positifs de schizophrénie étaient liés au détachement tandis que les symptômes négatifs étaient liés à la compartimentation. Cela va à l'encontre des théories de Brown (2006) et Moskowitz et Corstens (2007). Le premier considère que les sentiments d'influence extérieure, soit un symptôme positif, sont liés à la compartimentation et les deuxièmes voient les hallucinations auditives, un autre symptôme positif, comme représentant des parties dissociées (ou compartimentées) de la

personnalité. Les résultats de Vogel et al. (2013) semblent valider les théorisations de Allen et al. (1997) qui ont vu le détachement comme étant l'élément favorisant l'apparition de symptômes psychotiques. La présence importante de dépersonnalisation dans notre échantillon, liée au détachement dissociatif, semble également aller dans le sens de l'interprétation de Allen (2001). Ces résultats compliquent toutefois la compréhension de la schizophrénie dissociative telle que conceptualisée par Ross (2004). En effet, ce dernier semble mettre de l'avant l'aspect compartimentation de la dissociation dans la schizophrénie dissociative et la présence moins importante de symptômes négatifs. La conceptualisation de Ross (2004) semble également plus cohérente avec la vision historique de la psychose dissociative.

La réponse réside peut-être dans un aspect que ces théories n'abordent pas, ou en tout cas ne résolvent pas, soit la question de la différenciation des symptômes dits « psychotiques » ou « dissociatifs ». En effet, la tendance semble être à chercher quels symptômes « psychotiques » sont en fait de nature dissociative ou seraient la conséquence de processus dissociatifs, ce qui expliquerait le chevauchement des diagnostics, la comorbidité ou les corrélations élevées entre les symptômes dissociatifs et psychotiques. Mais est-il possible que les manifestations symptomatiques se ressemblent mais soient de nature différente dépendamment du trouble dans lequel elles s'inscrivent? Le détachement peut-il être parfois dissociatif, parfois psychotique? Selon Dell (2006), les hallucinations auditives pourraient être 1) des manifestations des voix de personnalités d'un individu ayant un trouble dissociatif de l'identité (ou des voix associées à des parties dissociées de la personnalité (Moskowitz & Corstens, 2007)), 2) une composante auditive à un flashback dissociatif ou 3) une hallucination auditive authentiquement psychotique. Bien que se manifestant de la même manière, encore faut-il connaître ou pouvoir supposer le mécanisme produisant l'hallucination pour les départager l'une de l'autre. Laddis & Dell (2012) soulignent que la plupart des instruments actuels mesurant la dissociation

mesurent, en plus des symptômes dissociatifs, des symptômes qui en ont l'apparence sans en être véritablement.

### **3.3 Différenciation des symptômes dissociatifs et psychotiques**

#### **3.3.1 Par les signes cliniques**

La différenciation des processus dissociatifs et psychotiques a généré de nombreux écrits. Certains symptômes n'appartiendraient qu'aux troubles psychotiques et non aux troubles dissociatifs : un affect plat chronique, une perturbation chronique avec relâchement des associations, l'autisme, l'ambivalence (Steinberg et al., 1994). Plusieurs auteurs ont également souligné l'absence ou la rareté d'un trouble formel de la pensée dans le trouble dissociatif de l'identité (Foote & Park, 2008; Ross, 2004; Tschöke, Uhlmann, & Steinert, 2011). Dans le cas où il y aurait présence de délires dans un trouble dissociatif de l'identité, ceux-ci seraient compris comme étant des intrusions de matériel traumatique tandis que les délires dans la schizophrénie seraient plutôt en lien avec la grandiosité, les extra-terrestres ou le FBI, par exemple (Foote & Park, 2008). Les symptômes négatifs sont quant à eux habituellement considérés comme moins fréquents dans le trouble dissociatif de l'identité que dans la schizophrénie (Foote & Park, 2008), quoique cela aurait été remis en question par Vogel et al. (2013) qui ont plutôt trouvé que les symptômes négatifs étaient liés à la compartimentation, soit le type de dissociation le plus souvent retrouvé dans le trouble dissociatif de l'identité. Şar et al. (2010) ont de leur côté trouvé que les sujets psychotiques ayant des symptômes dissociatifs se divisaient en deux groupes en termes, notamment, de comorbidité et d'histoire traumatique et que la présence de symptômes positifs et négatifs variait d'un groupe à l'autre. Si ces résultats étaient répliqués, cela voudrait dire que le lien entre symptômes positifs et/ou négatifs et dissociation serait plus complexe que ce qui a été appréhendé jusqu'à maintenant et leur présence ne permettrait pas de départager une catégorie de troubles de l'autre catégorie.

La qualité des hallucinations auditives serait à prendre en considération pour différencier ce qui serait de nature dissociative plutôt que psychotique. Selon certains auteurs, elles seraient personnifiées (Foote & Park, 2008) ou structurées (Ross, 2004) dans le trouble dissociatif de l'identité, contrairement aux troubles psychotiques, et les voix auraient tendance à être entendues à l'intérieur de la tête plutôt qu'à l'extérieur dans les troubles dissociatifs complexes (Foote & Park, 2008; Steinberg et al., 1994). Enfin, les hallucinations auditives dans un trouble dissociatif ne répondraient généralement pas aux traitements pharmacologiques (Foote & Park, 2008). L'histoire traumatique dans l'enfance ne serait quant à elle pas un indice permettant de différencier les troubles dissociatifs et psychotiques, selon Foote & Park (2008). En effet, les personnes avec un trouble psychotique peuvent elles aussi avoir une histoire de trauma dans l'enfance. Par ailleurs, les personnes avec un trouble dissociatif pourraient ne pas révéler leur histoire traumatique d'emblée, surtout si de l'amnésie dissociative est présente.

De façon générale, il est important d'explorer le contexte, la nature, la sévérité et le cours de chaque symptôme qui chevauche plusieurs catégories pour déterminer à laquelle il appartient. Effectivement, les signes cliniques seraient les mêmes la plupart du temps; ce serait la connotation du symptôme qui serait différente (Steinberg et al., 1994). Notamment, les personnes avec un trouble dissociatif de l'identité rapporteraient leurs symptômes avec une qualité de « comme si », contrairement aux personnes atteintes d'un trouble psychotique qui auraient des interprétations délirantes de leurs symptômes (Steinberg et al., 1994). La durée de l'altération du fonctionnement pourrait également aider à déterminer de quel type d'affection il s'agit. En effet, l'altération du fonctionnement serait généralement temporaire dans le trouble dissociatif de l'identité avec un retour au niveau de fonctionnement normal éventuel, ce qui ne serait pas le cas dans la schizophrénie (Steinberg et al., 1994).

### 3.3.2 Par les tests

Plusieurs études ont en outre été menées pour déterminer si des instruments de mesure permettaient de différencier les troubles dissociatifs des troubles psychotiques. Le SCID-D est l'outil le plus utile pour discriminer le trouble dissociatif de l'identité de la schizophrénie (Welburn et al., 2003). Les personnes ayant un trouble dissociatif de l'identité montreraient généralement une détresse plus élevée au cours de l'entrevue semi-structurée et il serait plus probable d'observer des indices de dissociation en cours d'entrevue (p.ex., parler d'eux-mêmes à la première personne du pluriel, comportements enfantins, etc.) chez celles-ci que chez les personnes avec un diagnostic de schizophrénie (Welburn et al., 2003). Les inventaires de personnalité tels que le MMPI-2 et le MCMI-III auraient pour leur part une utilité limitée pour différencier les troubles dissociatifs de la schizophrénie. En effet, les personnes avec un trouble dissociatif de l'identité auraient en moyenne des scores plus élevés aux échelles mesurant les caractéristiques psychotiques et schizophréniques que les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie (Welburn et al., 2003). Certains auteurs ont d'ailleurs signalé le fait que quelques questions sur l'échelle de schizophrénie du MMPI concernent des symptômes dissociatifs (Steinberg et al., 1994). Ainsi, une élévation importante à ces échelles ne devrait pas mener à la conclusion qu'un trouble psychotique est présent, à moins qu'une évaluation des troubles dissociatifs ait eu lieu et ait éliminé cette possibilité (Welburn et al., 2003).

Les personnes ayant un trouble dissociatif de l'identité se différencieraient également des personnes avec un trouble psychotique au Rorschach (Exner's Comprehensive System) sur la plupart des éléments de fonctionnement évalués (Brand, Armstrong, Loewenstein, & McNary, 2009). Elles seraient plus intéressées par un engagement collaboratif, auraient un plus grand intérêt pour les autres, montreraient une capacité réflexive plus grande et seraient davantage capables de moduler leurs émotions. Leurs réponses démontreraient un plus grand contenu traumatique que les personnes avec un trouble psychotique, ce qui ne les empêcherait pas de raisonner logiquement. En effet, elles auraient une pensée plus

organisée et logique, bien qu'elles n'aient pas un meilleur contact avec la réalité. Enfin, leur pensée et leur expérience seraient plus complexes (Brand, Armstrong, et al., 2009).

Il est à noter cependant que ces indices aux outils de mesure ont été observés sur des moyennes de groupe. Certains individus pourraient répondre différemment. Il ne s'agit donc pas de signes spécifiques permettant de différencier les symptômes psychotiques des symptômes dissociatifs mais bien d'indices qui devraient amener un questionnement et un approfondissement de la problématique. De plus, ces études se sont pour la plupart basées sur des groupes de personnes ayant un trouble dissociatif de l'identité en comparaison avec des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Elles n'abordent pas la problématique de la différenciation dans les cas plus subtils comme un trouble dissociatif non spécifié ou encore quand les symptômes psychotiques et dissociatifs coexistent.

### **3.3.3 Par les processus**

Schäfer, Aderhold, Freyberger, & Spitzer (2009) considèrent que les mécanismes impliqués dans la relation entre les symptômes psychotiques et dissociatifs, tels que mesurés par les instruments cliniques, sont probablement multiples. Dans un sous-groupe de personnes avec un diagnostic de schizophrénie, la présence de symptômes dissociatifs sévères en combinaison avec une histoire de traumatismes dans l'enfance suggère un trouble dissociatif comorbide ou un état hybride, tel que Ross (2004) l'a proposé. Chez d'autres personnes, les phénomènes dissociatifs seraient directement liés au trouble psychotique. La dissociation pourrait créer les symptômes psychotiques, comme Allen, Coyne, & Console (1997) l'ont suggéré, le détachement dissociatif ne permettant pas de développer des ancrages internes et externes, faisant en sorte que les individus utilisant ces mécanismes deviendraient vulnérables aux expériences psychotiques. La relation inverse entre symptômes dissociatifs et psychotiques aurait également été

proposée, c'est-à-dire que les défenses dissociatives protégerait contre la désorganisation (Giese, Thomas, & Dubovsky, 1997).

Şar & Öztürk (2009) vont dans le même sens en proposant un modèle interactif pour expliquer la complexité des liens entre ces deux pathologies. Ce modèle assume la coexistence et l'interaction entre deux pathologies qu'ils considèrent qualitativement distinctes. La dissociation pourrait être une défense, un facteur de risque ou une réponse à un trouble schizophrénique. Si la dissociation agit comme une défense à la pathologie schizophrénique, elle pourrait dans certains cas prévenir la progression la schizophrénie. Inversement, elle pourrait également rendre la condition plus complexe ou mener à un trouble mental plus sévère. Enfin, la dissociation pourrait être une réponse adaptative à un trouble mental sévère et chronique et pourrait mettre de l'avant des mécanismes tels que le déni du trouble, le détachement social, etc. (Şar & Öztürk, 2009).

Steinberg & Siegel (2009) considèrent quant à eux que le trouble dissociatif de l'identité ou les symptômes dissociatifs sont distincts des troubles psychotiques. Leurs symptômes se chevaucheraient mais seulement en apparence. Une évaluation approfondie du contexte pourrait déterminer ce qui est dissociatif plutôt que psychotique. Laddis & Dell (2012a, 2012b) seraient d'accord avec cette interprétation. Selon eux, ce sont les instruments de mesure qui ne permettraient pas de départager ce qui est fondamentalement dissociatif de ce qui est fondamentalement psychotique et les liens entre les phénomènes dissociatifs et psychotiques n'en seraient que l'artéfact.

### **3.4 La schizophrénie dissociative : nouvelle entité clinique?**

Ceci étant dit, pouvons-nous dire que la schizophrénie dissociative est une nouvelle entité clinique? Les résultats de notre étude ne permettent pas de nous positionner de façon définitive. Vingt-quatre pourcent des personnes évaluées répondent aux critères de la schizophrénie dissociative telle que définie par Ross

(2004) et 14% répondent aux critères modifiés. Toutefois, comme nous l'avons argumenté dans l'article 2, la symptomatologie varie d'une personne à l'autre et une compréhension plus globale de la présentation clinique remet en question la présence d'une schizophrénie dissociative.

Un autre problème se pose lorsqu'il est question des critères de cette potentielle nouvelle entité clinique. S'ils restent tels que formulés par Ross (2004), il serait important de les rendre plus spécifiques. Le critère « hallucinations auditives » pose particulièrement problème à ce niveau. Il semble qu'il n'y ait pas de consensus quant à la nature dissociative ou psychotique de ce symptôme. Pour certains (p.ex., Moskowitz & Corstens, 2007), une hallucination auditive serait toujours de nature dissociative. Dans ce cas, le critère pourrait rester tel quel puisque ce serait considéré comme un symptôme dissociatif. Par contre, d'autres (p.ex., Steinberg et al., 1994, et il s'agit également de notre position) différencient les hallucinations auditives « psychotiques » des hallucinations auditives « dissociatives ». Dans ce contexte, seules les hallucinations auditives qui représentent des parties dissociées de la personnalité ou encore qui sont des composantes auditives d'un flashback dissociatif devraient permettre de répondre à ce critère et une spécification à ce sujet serait nécessaire. D'associer une hallucination auditive à une partie dissociée de la personnalité ou à un flashback dissociatif pourrait toutefois s'avérer une tâche complexe en milieu clinique, surtout si une amnésie dissociative est présente.

Par ailleurs, nous avons proposé une opérationnalisation qui n'est peut-être pas optimale, surtout dans la pratique clinique. Par exemple, nous avons proposé qu'une personne avec un score considéré sévère à l'une des échelles du CTQ pourrait répondre au critère « traumatismes sévères dans l'enfance ». Ce genre d'opérationnalisation est nécessaire dans un contexte de recherche mais pourrait ne pas être pertinent dans un contexte clinique. En effet, le CTQ évalue la fréquence d'événements pouvant être considérés traumatisants sans examiner l'impact de ces événements sur l'individu. Pourtant, cet élément est plus déterminant que la

fréquence puisqu'un événement devient traumatique seulement et seulement si cela surpasse les capacités de l'individu à le « traiter » psychiquement. En effet, le traumatisme serait une « effraction du pare-excitation » (Freud, 1920), ce dernier étant propre à chacun et expliquant les variations individuelles quant à la capacité à métaboliser les événements potentiellement traumatisants.

Enfin, bien que plusieurs études aient démontré qu'un sous-groupe de personnes atteintes de schizophrénie semblait avoir la dissociation à l'avant-plan des symptômes, seule notre étude a évalué systématiquement les symptômes proposés pour cette entité. Non seulement un consensus au niveau de la conceptualisation de la schizophrénie dissociative serait nécessaire pour en faire une entité clinique à part entière, mais d'autres études devraient en évaluer systématiquement les critères. Cependant, même en y arrivant, la validité diagnostique n'en serait pas encore démontrée. Si on se fie aux étapes proposées par Robins & Guze (1989) pour établir une validité diagnostique, nous en serions toujours à la première étape, soit celle de la description clinique. Une autre étape essentielle est celle de la délimitation des autres troubles, notamment par des critères d'exclusion. Cette étape s'avérerait probablement problématique puisque, justement, la création de cette nouvelle entité a été proposée en partie à cause d'une difficulté à différencier les troubles dissociatifs des troubles psychotiques.

### **3.5 La schizophrénie dissociative : trouble comorbide?**

Si nous supposons que ce qui a été décrit comme une schizophrénie dissociative jusqu'ici n'était en fait pas le reflet d'une entité clinique distincte, une option pour expliquer la co-occurrence de symptômes dissociatifs et psychotiques serait la présence d'une comorbidité. Les résultats de notre étude ne nous permettent pas ici non plus de nous positionner de façon définitive quant à l'idée de la schizophrénie dissociative comme trouble comorbide puisque les présentations de nos participants varient entre elles. Certains participants pourraient correspondre à une présentation comorbide de symptômes psychotiques et dissociatifs, mais cette conceptualisation de la schizophrénie dissociative

comme d'un trouble comorbide serait inadéquate dans les cas où la dissociation est un symptôme secondaire à un autre trouble ou encore lorsqu'il y a des symptômes d'« apparence » dissociative. Ces derniers cas s'expliqueraient bien avec la conceptualisation de Laddis & Dell (2012) qui voient les instruments de mesure de la dissociation comme étant incapables de différencier certains symptômes des deux catégories de troubles.

Le modèle interactif de Şar et Öztürk (2009) décrit plus haut semble présenter la schizophrénie dissociative comme un trouble comorbide. Les pathologies dissociatives et schizophréniques seraient distinctes mais interagiraient entre elles. Cette compréhension pourrait s'avérer utile pour expliquer la comorbidité des symptômes dissociatifs et psychotiques chez certains de nos participants. La dissociation agirait parfois comme un facteur de risque de la pathologie schizophrénique, elle servirait à d'autres moments à encapsuler ou délimiter la pathologie psychotique, agissant alors à titre de défense ou agirait encore à titre de réponse adaptative.

### **3.6 Changements apportés au DSM-5**

Il semblerait que la schizophrénie dissociative puisse difficilement être définie, du moins à ce point-ci, comme une nouvelle entité clinique ou un trouble comorbide. Peut-être qu'une meilleure validité des diagnostics, autant dans la catégorie des troubles dissociatifs que dans la schizophrénie, pourrait permettre un positionnement différent. Les changements apportés au DSM-5 devraient d'ailleurs contribuer à une meilleure validité du diagnostic de schizophrénie. Alors que, dans le DSM-IV, la simple présence d'hallucinations auditives où des voix conversant entre elles était suffisante pour remplir le critère A de la schizophrénie, ce n'est plus le cas dans la version 5 (American Psychiatric Association, 2013a). Les critères de la dernière version ont été changés pour qu'au moins deux symptômes soient présents pour répondre au critère A de la schizophrénie. Cela

devrait diminuer la proportion des personnes souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité mais diagnostiquées à tort avec une schizophrénie sur cette seule base. C'est d'ailleurs parce que l'APA a reconnu que les symptômes schneidériens étaient non-spécifiques, tel que relevé par de nombreux auteurs (p.ex., Nordgaard, Arnfred, Handest, & Parnas, 2008) que ce changement a été fait (American Psychiatric Association, 2013b). Les sous-types de schizophrénie ont également été éliminés puisqu'ils avaient une stabilité diagnostique limitée et une fidélité et validité faibles (American Psychiatric Association, 2013a).

Des modifications ont aussi été apportées aux troubles dissociatifs, principalement à la description du trouble dissociatif de l'identité qui permet d'inclure une plus grande diversité de présentations cliniques. Les caractéristiques accompagnant la perturbation de l'identité sont plus développées; des perturbations peuvent être observées dans l'affect, le comportement, la conscience, la mémoire, la perception, la cognition et dans le fonctionnement sensori-moteur (American Psychiatric Association, 2013a). Il est aussi spécifié que ces signes peuvent être observés par les autres autant que rapportés par le patient (American Psychiatric Association, 2013a). De plus, les difficultés de mémoire ne concernent plus seulement des souvenirs personnels importants mais peuvent se manifester autant en lien avec des événements traumatiques, des informations personnelles importantes que des événements de tous les jours (American Psychiatric Association, 2013b). Cette description semble plus près de ce qui est rapporté dans les écrits scientifiques. Par ailleurs, bien que la section sur le diagnostic différentiel du trouble dissociatif de l'identité mentionne que les voix des différents états de personnalités peuvent être méprises pour des hallucinations auditives, aucune mention de cette problématique n'est faite dans les troubles psychotiques. Cela peut poser problème si un clinicien qui n'est pas sensibilisé aux présentations cliniques des troubles dissociatifs base son diagnostic sur la seule lecture de la section des troubles psychotiques. À ce niveau, aucune amélioration n'a été apportée entre la version IV et la version 5, ni quant à la reconnaissance d'une pathologie psychotique comorbide. En effet, bien qu'il soit mentionné que

les personnes ayant un trouble dissociatif de l'identité peuvent parfois vivre des phénomènes ou épisodes psychotiques transitoires, les troubles psychotiques ne se retrouvent pas dans la liste des troubles comorbides souvent rapportés (American Psychiatric Association, 2013a). De nombreuses études ont pourtant démontré qu'une proportion non-négligeable de personnes avec un trouble dissociatif avaient également un trouble psychotique, et inversement. Les résultats de notre étude, bien que mitigés, mettent également de l'avant des portraits cliniques où symptomatologie dissociative et psychotique s'entremêlent. Le DSM-5, à l'instar du DSM-IV, ne semble pas tenir compte de telles présentations.

### **3.7 Autres considérations nosographiques : une nosographie psychodynamique pour comprendre la schizophrénie dissociative**

Nous considérons que le DSM, dans ses tentatives d'être à la fois athéorique et le plus précis possible dans ses descriptions, n'offre pas une compréhension globale du trouble, au-delà de la symptomatologie. Un cadre de référence psychodynamique permettrait de mieux comprendre les présentations telles que celles rapportées ici, où symptômes dissociatifs et psychotiques s'entremêlent. Nous postulons qu'une psychose dissociative serait le fruit de l'interaction entre une personnalité dissociative et une organisation structurale pouvant produire des symptômes psychotiques. La psychose hystérique, proposée initialement par Janet puis reprise par plusieurs auteurs par la suite, serait un équivalent de ce qui est postulé ici. En effet, une psychose hystérique a été décrite comme une décompensation schizophrénique chez une personne présentant une personnalité hystérique (Witztum & van der Hart, 2009). Hystérie et dissociation ont souvent été associées, d'abord parce que les personnes avec une structure de personnalité hystérique peuvent utiliser des défenses dissociatives, mais surtout parce qu'à l'époque, les personnalités dissociatives n'avaient pas été décrites séparément des personnalités hystériques et étaient donc considérées comme telles (comme la célèbre Anna O. de Freud; McWilliams, 1994).

La personnalité dissociative n'a été décrite à notre connaissance que dans deux ouvrages psychodynamiques : le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006) et Psychoanalytic Diagnosis (McWilliams, 1994). Le portrait de ce type de personnalité serait le même qu'un trouble dissociatif de l'identité ou qu'un trouble dissociatif non spécifié de type 1, mais on pourrait le considérer comme un type de personnalité en ce sens où la dissociation serait tellement ancrée dans le caractère de l'individu qu'elle dominerait sa personnalité (PDM Task Force, 2006). Selon le PDM, deux éléments sont nécessaires pour qu'une personnalité dissociative se forme : une capacité constitutionnelle pour l'auto-hypnose et des traumatismes physiques et/ou sexuels infantiles, sévères et répétés (PDM Task Force, 2006). La dissociation est comprise ici comme un mécanisme permettant d'entrer dans une transe hypnotique. Face à des traumatismes accablants et répétés, un individu ne pouvant traiter psychiquement les événements traumatiques pourrait s'appuyer sur ses capacités à dissocier. Si cet individu prenait ensuite l'habitude de dissocier pour faire face aux stress, la dissociation deviendrait alors son mécanisme de défense principal. Bien que la dissociation permette de tenir le trauma à l'écart, une personne qui se serait structurée ainsi serait constamment en lutte contre la reconnaissance des traumatismes désavoués. Des affects de peur et de rage seraient omniprésents et elles auraient la conviction qu'elles sont petites, faibles et vulnérables à un trauma récurrent, tandis que les autres seraient vus comme des abuseurs, des exploiters ou des sauveurs (PDM Task Force, 2006).

Nous pourrions être tentés de suggérer que la personnalité dissociative doit interagir avec une structure psychotique pour produire des symptômes psychotiques, mais Bergeret (1990) met en garde contre la conclusion hâtive d'une structure psychotique dès l'apparition de symptômes dits psychotiques (délires et hallucinations). Nous éliminons toutefois la possibilité qu'un individu dont la structure est névrotique puisse développer des symptômes psychotiques, et ce malgré que certains auteurs postulent qu'une « psychose traumatique » puisse survenir chez des individus dont la structure est névrotique (Bessoles, 2006). Il est

en effet généralement admis que les individus présentant une structure névrotique ne peuvent développer de symptômes de cette nature (McWilliams, 1994) et nous abondons en ce sens. Par ailleurs, les personnes ayant une structure limite, particulièrement ceux ayant un bas niveau d'organisation (Kernberg, 1976) et se retrouvant plus près de la frontière des structures psychotiques, pourraient produire, à l'instar de ces dernières, des symptômes psychotiques, bien que ceux-ci soient habituellement passagers. Nous avançons donc qu'un portrait clinique du type « schizophrénie dissociative » pourrait se manifester lorsqu'une personne dont la personnalité est dissociative présente une organisation structurale limite de bas niveau ou psychotique. La section en gris à la Figure 3 illustre visuellement l'interaction de l'organisation structurale et du type de personnalité pouvant mener à une schizophrénie dissociative.

	Psycho-pathique	Narcissique	Schizoïde	Paranoïde	Dépressive	Masochiste	Obs.-compuls.	Hystérique	Dissociative
Névrotique									
Limite									
Psychotique									

Figure 3. En gris, illustration de l'interaction de l'organisation structurale et du type de personnalité (adapté de McWilliams, 1994) pouvant mener à une schizophrénie dissociative.

Selon nous, l'essence du trouble se situe au niveau de l'organisation structurale de la psyché. Comme le dit si bien Kernberg (1989, p. 18),

"L'organisation structurale assure la fonction de stabilisateur de l'appareil psychique et de médiateur entre les facteurs étiologiques et les manifestations de la maladie observables dans le comportement. Quels que soient les facteurs génétiques, constitutionnels,

biochimiques, familiaux, psychodynamiques ou psychosociaux qui interviennent dans l'étiologie de la maladie, les effets de tous ces facteurs se reflètent finalement dans la structure psychique du sujet, structure qui devient alors la matrice sous-jacente où prennent naissance les symptômes comportementaux."

Ainsi, le symptôme n'aurait qu'une valeur relative (Bergeret, 1990) et son sens ne pourrait être compris que lorsqu'il aurait été mis en lien avec l'organisation structurale sous-jacente. Nous croyons que l'organisation structurale agirait en quelque sorte comme une variable modératrice entre les symptômes dissociatifs et les symptômes psychotiques. Par exemple, il est permis de penser que les symptômes psychotiques d'une personne qui a une personnalité dissociative et présentant une structure limite seraient moins chroniques et/ou moins massifs que ceux présents lorsque la structure sous-jacente est psychotique. Il semble d'ailleurs que la lignée développementale de l'organisation structurale suive la ligne du spectre du sous-type dissociatif de schizophrénie proposé par Ross (2004) et initialement présenté à la Figure 1 en introduction (voir Figure 4).

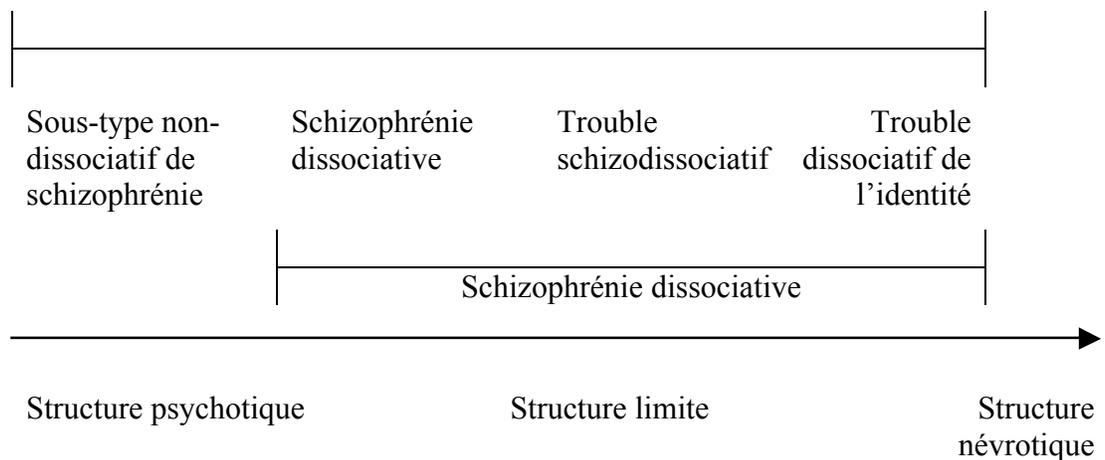


Figure 4. Intégration de l'organisation structurale au spectre du sous-type dissociatif de schizophrénie (adapté de Ross, 2004, p. 16).

En effet, Ross (2004) postule que, plus on se trouverait à droite sur le continuum, moins il y aurait de trouble de la pensée, ce qui serait cohérent avec une organisation structurale plus développée. Les personnes dont la structure sous-

jacente est limite ont généralement peu ou pas de trouble de la pensée contrairement aux personnes avec une structure psychotique, leur contact à la réalité étant généralement bon, sauf épisodiquement. De la même façon, Ross (2004) avance que plus on se trouverait à droite sur le continuum, plus les états de personnalité seraient structurés et définis. L'identité serait effectivement diffuse chez les personnes dont la structure est psychotique ou limite (Kernberg, 1989), mais serait de plus en plus définie à mesure que l'organisation structurale se rapprocherait de la structure névrotique.

Il paraît intéressant d'intégrer les notions de détachement et de compartimentation à la compréhension psychodynamique des liens entre symptômes dissociatifs et psychotiques. Nous émettons l'hypothèse que le détachement est lié à l'organisation structurale sous-jacente. Le détachement est compris ici comme une aliénation à soi et/ou aux autres, pouvant se manifester par des symptômes « dissociatifs », comme le sentiment d'être étranger à soi-même dans la dépersonnalisation. Le détachement semble d'ailleurs inhérent au fonctionnement psychotique. Les difficultés identitaires dans la structure psychotique seraient tellement grandes que certains individus ne seraient plus certains qu'ils existent (McWilliams, 1994). Plus l'organisation structurale serait développée, moins les difficultés identitaires seraient présentes et donc plus les liens à soi et aux autres seraient installés. Le détachement serait ainsi très présent dans les structures psychotiques et de moins en moins présent à mesure que l'organisation se rapprocherait de la structure névrotique. Cette conceptualisation est cohérente avec les théories de Allen (Allen & Coyne, 1995; Allen et al., 1997; Allen et al., 1999) qui rapporte que le détachement dissociatif serait lié aux symptômes psychotiques et qu'il est d'ailleurs très présent chez les personnes aux personnalités pré-psychotiques qui ont vécu des traumatismes.

La compartimentation serait quant à elle plutôt liée au trauma. En effet, c'est l'aspect « compartimentation » de la dissociation qui est mis à l'avant-plan dans la description de la personnalité dissociative, personnalité se développant

ainsi à cause de traumatismes sévères et répétés dans l'enfance (McWilliams, 1994; PDM Task Force, 2006). Une personnalité dissociative/compartimentée pourrait donc se retrouver, en fonction de son organisation structurale, plus ou moins détachée d'elle-même. Moins elle serait détachée d'elle-même, plus son organisation serait proche d'une structure névrotique et moins les symptômes psychotiques seraient présents. Les états de personnalité ou les aspects compartimentés, à l'instar de l'identité, seraient alors plus complexes, plus définis, plus structurés. Inversement, une personne dont la personnalité est dissociative et dont la structure est psychotique serait plus détachée d'elle-même. Ainsi, les aspects compartimentés seraient moins définis, comme son identité. Si effectivement le trauma est principalement lié à la compartimentation, l'absence de lien entre trauma et dissociation dans notre échantillon pourrait s'expliquer par le fait que la dissociation se manifestait par du détachement plutôt que de la compartimentation.

Cet effet de modération pourrait potentiellement expliquer les résultats inconsistants rapportés plus haut quant aux liens entre détachement, compartimentation, symptômes positifs et négatifs, de même que les différences entre les portraits cliniques décrits dans cette thèse et ceux rapportés ailleurs. Il semble que la question des liens entre détachement, compartimentation, symptômes positifs et négatifs pourrait se poser différemment en fonction de l'organisation structurale sous-jacente. Par exemple, se pourrait-il que, lorsque la structure est psychotique, le détachement induise des symptômes positifs tandis que, lorsque la structure est limite, ce soit la compartimentation qui mène aux mêmes symptômes? La Figure 5 illustre visuellement cette proposition.

Ces symptômes seraient donc phénoménologiquement semblables mais issus de mécanismes différents. Par exemple, chez une personne présentant une structure limite, une hallucination auditive (symptôme positif) représenterait la voix d'une partie d'elle qui a été compartimentée. Chez une personne présentant une structure psychotique, le détachement ferait en sorte qu'elle n'aurait que peu

d'ancrages internes et externes (Allen et al., 1997), si bien que ce qui n'a pas pu être intégré (ou ce qui est forclos) ferait retour de l'extérieur par une hallucination (Laplanche & Pontalis, 2003). Bien que les différents types de dissociation puissent être présents dans les deux structures, un type prédominerait en fonction de celles-ci. Le détachement serait ainsi primaire dans la structure psychotique puisque lié à la grande difficulté identitaire des personnes ayant une telle structure. La compartimentation serait primaire, elle, dans la structure limite, le détachement y étant moindre et l'impact des traumatismes étant donc plus important. Selon cette hypothèse, lorsque les études ou les théories mettent en lien l'aspect « compartimentation » de la dissociation avec les symptômes positifs, on pourrait penser qu'ils réfèrent à des personnes dont la structure est plutôt limite, tandis que les résultats inverses seraient trouvés dans des populations dont les individus ont des structures plutôt psychotiques. Vogel et al. (2013) émettent d'ailleurs l'hypothèse que les résultats inconsistants quant aux liens entre symptômes positifs, négatifs, compartimentation et détachement puissent être expliqués en fonction de la prévalence d'un type ou l'autre de dissociation dans un échantillon donné. Nous poussons la réflexion plus loin en supposant ici que la prévalence de ces différents types de dissociation varierait en fonction de la prévalence d'un type d'organisation structurale par rapport à un autre type.

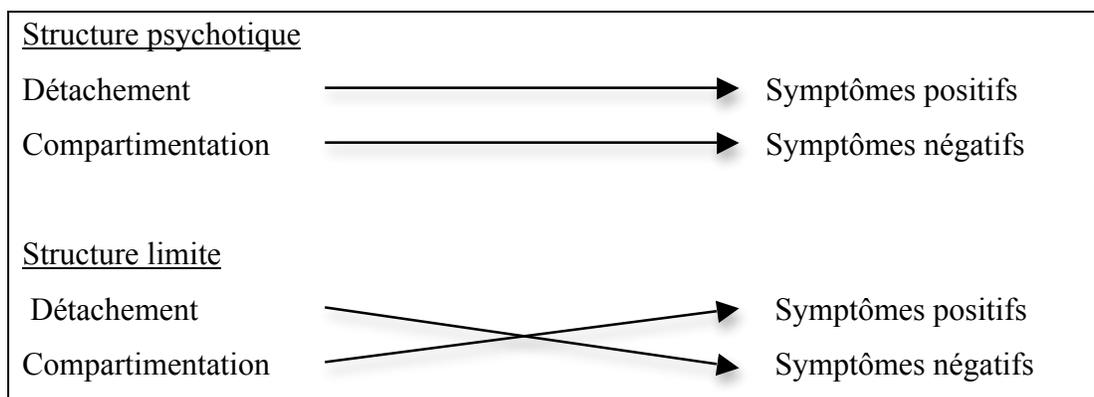


Figure 5. Interaction entre détachement, compartimentation, symptômes positifs et négatifs, en fonction de l'organisation structurale sous-jacente.

Cette façon de concevoir la schizophrénie dissociative permet d'abord de nuancer le terme puisque nous émettons l'hypothèse qu'il n'y aurait non pas une schizophrénie dissociative mais en fait deux types de profils : limite ou psychotique. De plus, en comprenant la schizophrénie dissociative comme l'expression d'un type de personnalité en interaction avec une organisation structurale sous-jacente, nous ne nous attardons plus à des symptômes mais bien au fonctionnement interne d'un individu. Bien qu'il y ait des variations individuelles en fonction de l'histoire de chacun, de supposer une structure de personnalité permet d'avoir une idée des mécanismes de défense habituellement utilisés, de leur relation d'objet principale, de l'intégration de l'identité et des perturbations associées, etc.

### **3.8 Implications thérapeutiques**

Les implications de la compréhension psychodynamique de la schizophrénie dissociative ne sont pas uniquement conceptuelles mais également thérapeutiques. En effet, la distinction au niveau de l'organisation structurale permet d'orienter le traitement de façon générale. Sans entrer dans les détails, les personnes dont la structure est limite bénéficient généralement plus des méthodes thérapeutiques expressives visant à intégrer une bonne estime de soi, où le travail autour des limites de la relation doit être constant et où l'individuation est encouragée, au contraire de la régression (McWilliams, 1994). Les personnes dont la structure est psychotique, quant à elles, profitent plus des thérapies de soutien qui sont structurantes, offrent des outils concrets et où l'ambiguïté est minimale. Des techniques éducatives, notamment, peuvent être aidantes (McWilliams, 1994). De façon plus spécifique, bien que l'hypnose soit reconnue comme pouvant être utile lorsqu'un trouble dissociatif de l'identité ou un trouble dissociatif non spécifié de type 1 est présent (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011), il est permis de penser que la prudence est de mise si la structure sous-jacente est psychotique. Tous ne s'entendent pas sur cette question, mais plusieurs auteurs ont émis des réserves quant à l'utilisation de l'hypnose chez les personnes qui ont une pensée paranoïde ou qui ont un trouble psychotique ou

schizophrénique (Eimer, 2012). Il est donc important de distinguer l'organisation structurale sous-jacente.

Certains éléments du traitement restent semblables, peu importe le profil retrouvé. Notamment, il est nécessaire de tenir compte de la présence de trauma. Les psychothérapies psychodynamiques sont pertinentes dans un tel contexte, plus particulièrement les approches relationnelles. En effet, ces approches permettent non seulement d'élaborer l'histoire traumatique mais également d'aborder les impacts du trauma qui se manifestent au niveau des attitudes interpersonnelles. Par exemple, si une personne devient méfiante suite à des traumas répétés, elle pourrait se montrer difficile d'approche ou même hostile, ce qui aurait comme conséquence de ne pas faire ressortir la douceur des gens à son égard. Elle perpétuerait ainsi son sentiment que le monde est dur et dangereux (Wachtel, 2008, p. 110). Une psychothérapie pouvant aborder ces attitudes dans la relation thérapeutique aurait donc l'avantage d'éviter la retraumatisation relationnelle.

D'autres auteurs soulignent l'importance de s'attarder à la relation d'attachement dans la relation thérapeutique qui s'installe avec les personnes traumatisées. Pour Liotti (2006), par exemple, ce serait l'attachement désorganisé qui prédisposerait un individu à développer de la dissociation pathologique. En effet, la désorganisation de l'attachement chez l'enfant serait un processus dissociatif. Conséquemment, ce serait le sentiment de sécurité dans l'attachement qui devrait être travaillé d'abord et avant tout, avant de pouvoir travailler les traumatismes directement (Liotti, 2006). Le thérapeute servirait de pont entre les différents états dissociés et le patient internaliserait éventuellement le modèle de la relation thérapeutique (Blizard, 2003). Autrement dit, l'objectif serait de restaurer un sentiment de connexion psychologique et émotionnelle dans une relation où un sentiment de sécurité peut être ressenti lorsqu'il est question des expériences émotionnelles douloureuses (Allen, 2013).

Enfin, bien que très spécifique, l'approche Maastricht (Corstens, Escher, & Romme, 2009) est novatrice et mérite qu'on s'y attarde. Cette approche prône l'acceptation des « voix » et le travail direct avec elles. Les auteurs partent du principe qu'entendre des voix est la conséquence d'expériences traumatiques et qu'elles relèvent d'un processus dissociatif. Dans un contexte sociétal où entendre des voix est associé à la folie, rares seraient les individus qui feraient le lien entre leurs voix et leur histoire de vie. L'objectif du traitement serait donc 1) de s'intéresser aux caractéristiques des voix, comme leur contenu, leur origine, leur impact, ce qu'elles représentent (p.ex., une partie aidante de l'individu, l'abuseur, etc.), et de trouver des stratégies pour les gérer; 2) d'améliorer la relation de la personne qui entend des voix avec ses émotions négatives et d'adopter des mécanismes de coping alternatifs; et 3) de gérer les événements de l'histoire de vie qui ont été difficiles à accepter de façon à passer au travers de l'anxiété et de la culpabilité (Corstens et al., 2009). Ces auteurs proposent une vision inhabituelle de cette symptomatologie en mettant de l'avant l'idée que les voix peuvent être utiles pour comprendre un individu. Il serait sans aucun doute pertinent d'intégrer cette technique aux traitements pour les personnes présentant des symptômes à la fois dissociatifs et psychotiques.

## **4. Conclusion**

L'objectif principal de cette thèse était d'établir si la schizophrénie dissociative, telle que définie par Ross (2004), existe. Les objectifs secondaires étaient d'en établir la proportion en fonction des critères à l'étude et d'en donner une description clinique. De façon plus large, nous avons cherché à préciser les liens entre symptômes psychotiques et dissociatifs en essayant de conceptualiser la schizophrénie dissociative de différentes manières, soit comme une nouvelle entité clinique, comme un trouble comorbide et dans un contexte nosographique psychodynamique.

Quoique cette thèse n'offre pas une réponse claire à la question initiale, elle permet de souligner les différents enjeux liés à la co-occurrence des symptômes dissociatifs et psychotiques. Les résultats rapportés démontrent qu'il existe bel et bien un sous-groupe de personnes dont le diagnostic principal est dans le spectre de la schizophrénie et qui présentent également des symptômes dissociatifs. Une prévalence de 24% de schizophrénie dissociative a été trouvée dans notre échantillon lorsque le diagnostic a été établi à partir des critères proposés par Ross (2004). Suite à la modification des critères diagnostiques qui a rendu obligatoire la présence d'un symptôme dissociatif parmi les critères, une prévalence de 14% a été trouvée. Les critères posent toutefois problème pour diverses raisons, notamment leur non-spécificité et le manque de consensus quant à leur nature (en particulier la difficulté à déterminer si les hallucinations auditives sont dissociatives ou psychotiques). Étant donné les problèmes posés par les critères à l'étude, la variabilité des portraits cliniques rapportés ici, ceux-ci différant de plus de ceux rapportés ailleurs, il nous a été difficile de conclure que la schizophrénie dissociative était une nouvelle entité clinique. La simple comorbidité entre deux troubles différents ne semble pas non plus permettre d'expliquer l'ensemble de nos résultats. En somme, l'approche nosographique du DSM semble insuffisante pour expliquer la co-occurrence des symptômes dissociatifs et psychotiques. Une nosographie psychodynamique intégrant l'organisation structurale de la personnalité semble fournir un modèle plus cohérent pour expliquer ce phénomène. Il a été proposé que la structure de personnalité soit en fait une variable modératrice entre les symptômes dissociatifs et psychotiques, ce qui pourrait expliquer la diversité des présentations cliniques.

Les pistes de recherches futures sont nombreuses. Tout d'abord, il serait important d'explicitier les critères de la schizophrénie dissociative si elle continue à être étudiée en tant qu'entité clinique. Un premier ensemble de critères a été proposé par Ross (2004) et a été évalué dans le cadre de cette thèse, mais les études ultérieures devraient tenir compte des difficultés rencontrées autant dans l'opérationnalisation des critères que dans l'interprétation des résultats. Il semble y

avoir un travail de conceptualisation à faire quant à la nature des phénomènes dissociatifs. Brown (2006) a suggéré que les mécanismes psychologiques sous-jacents au détachement et à la compartimentation soient différents. Peut-on alors continuer à parler de la dissociation comme d'un concept unitaire? Il est possible que ce soit un des problèmes à la base de la difficulté à différencier symptômes dissociatifs et psychotiques. Un problème associé concerne les instruments de mesure qui ne permettent pas toujours de faire la distinction entre ces deux catégories de phénomènes. Le développement d'outils approfondissant les mécanismes sous-jacents aux expériences vécues par les personnes souffrant de ces troubles serait donc à poursuivre. Des échantillons plus grands seraient également nécessaires pour établir une prévalence plus précise que les estimés fournis ici. En dernier lieu, des recherches intégrant les conceptualisations psychodynamiques et plus particulièrement la notion d'organisation structurale pourraient peut-être éclairer les liens existant entre les troubles psychotiques et dissociatifs.

Au niveau clinique, nous soulignons l'importance pour les intervenants d'être à l'affût de symptômes dissociatifs en présence de symptômes psychotiques. Les « voix », particulièrement, devraient être questionnées quant à leur contenu et à leur « autonomie ». Des questions sur la présence de trauma dans l'enfance devraient également être intégrées à toute évaluation, même lorsqu'un trouble psychotique est diagnostiqué. En effet, non seulement le trauma dans l'enfance a été lié au développement de symptômes psychotiques, mais une étude récente a montré que la cessation des expériences traumatiques prédisait la cessation des expériences psychotiques (Kelleher et al., 2013). L'identification de situations traumatisantes n'est donc pas à négliger.

En conclusion, nous soulignons l'importance d'une compréhension globale de tout tableau psychopathologique. Le contexte nosographique actuel privilégie une approche symptomatologique, faisant parfois oublier que tout trouble psychologique s'inscrit dans un contexte développemental. Un symptôme ne

prendra pourtant son sens que dans ce contexte. "An important question in psychiatry shouldn't be what's wrong with you but rather what's happened to you" (Longden, 2013).

## 5. Références

- Alao, A. O., Tyrrell, C., Yolles, J. C., & Armenta, W. (2000). Dissociation and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 91-98.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., & Coyne, L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience: The Dissociative Experiences Scale and the MMPI-2. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(10), 615-622.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 327-334.
- Allen, J. G., Huntoon, J., & Evans, R. B. (1999). Complexities in complex posttraumatic stress disorder in inpatient women: Evidence from cluster analysis of MCMI-III personality disorder scales. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 449-471.
- American Psychiatric Association (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4<sup>e</sup> éd.). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013b). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Repéré le 1er septembre 2013 à <http://psychiatry.org/dsm5>
- Bergeret, J. (1990). Notion de structure. Dans J. Bergeret (dir.), *Psychologie pathologique* (4<sup>e</sup> éd., p. 132-136). Paris: Masson.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease* 174(12), 727-735.

- Bessoles, P. (2006). Psychose post-traumatique : Contribution à une théorisation dynamique du traumatisme aigu post-immédiat. *L'Encéphale*, 32(1), 729-737.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 27-50.
- Brand, B., Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J., & McNary, S. W. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder, and psychotic inpatients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 188-205.
- Brand, B., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C., & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(2), 153-171.
- Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 221-235.
- Brown, R. J. (2006). Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7-28.
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. Dans S. J. Lynn & J. W. Rhue (dir.), *Dissociation : Clinical and theoretical perspectives* (p. 15-31). New York: The Guilford Press.
- Cooper, J. (2004). Disorders are different from diseases. *World Psychiatry*, 3(1), 24.
- Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2009). Accepting and working with voices: The Maastricht approach. Dans A. Moskowitz, I. Schafer & M. J. Dorahy (dir.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 319-332). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Dell, P. F. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1-26.

- Desai, N. G. (2006). Comorbidity in psychiatry: Way forward or a conundrum? *Indian Journal of Psychiatry, 48*(2), 75-77.
- Eimer, B. N. (2012). Inadvertent adverse consequences of clinical and forensic hypnosis: Minimizing the risks. *American Journal of Clinical Hypnosis, 55*(1), 8-31.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. *Psychiatry, 59*, 255-261.
- Foote, B., & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia : Differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Reports, 10*, 217-222.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: PUF.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Kater, M., & Sluis, A. F. (2007). Why dissociation and schizotypy overlap: The joint influence of fantasy proneness, cognitive failures, and childhood trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(10), 812-818.
- Giese, A. A., Thomas, M. R., & Dubovsky, S. L. (1997). Dissociative symptoms in psychotic mood disorders: An example of symptom nonspecificity. *Psychiatry, 60*, 60-66.
- Goren, J., Phillips, L., Chapman, M., & Salo, B. (2012). Dissociative and psychotic experiences of adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*(5), 554-567.
- Haugen, M. C., & Castillo, R. J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(12), 751-754.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review, 25*(1), 1-23.

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187.
- Jablensky, A. (2004). The syndrome - an antidote to spurious comorbidity? *World Psychiatry*, 3(1), 24-25.
- Janet, P., & Raymond, F. (1898). *Névroses et idées fixes*. Paris: Félix Alcan.
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., . . . Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: Cause, effect, and directionality. *American Journal of Psychiatry*, 170, 734-741.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.
- Kendler, K. S. (1980). The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): A review. *Archives of General Psychiatry*, 37, 699-706.
- Kernberg, O. (1976). *Object-relations theory and clinical psychonalysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité*. Paris: PUF.
- Klein, D. N. (2004). Different reasons for comorbidity require different solutions. *World Psychiatry*, 3(1), 28.
- Kluft, R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 293-298.
- Laddis, A., & Dell, P. F. (2012). All that dissociation instruments measure is not dissociation: "All that glistens is not gold". *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 418-420.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2003). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (14<sup>e</sup> éd.). Paris: PUF.
- Lecrubier, Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *European Psychiatry*, 16(7), 395-399.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.

- Longden, E. (2013). *The voices in my head*. Repéré à [http://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head.html](http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head.html)
- McWilliams, N. (1994). *Psychanalytic diagnosis*. New York: The Guilford Press.
- Merckelbach, H., & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress. *Personality and Individual Differences, 40*(2), 365-374.
- Moskowitz, A., Barker-Collo, S., & Ellson, L. (2005). Replication of dissociation-psychosis link in New Zealand students and inmates. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(11), 722-727.
- Moskowitz, A., & Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? . *Journal of Psychological Trauma, 6*(2-3), 35-63.
- Nordgaard, J., Arnfred, S. M., Handest, P., & Parnas, J. (2008). The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 34*(1), 137-154.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pincus, H. A., Tew, J. D., & First, M. B. (2004). Psychiatric comorbidity: Is more less? *World Psychiatry, 3*(1), 18-23.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Robins, E., & Guze, S. B. (1989). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. Dans L. N. Robins & J. E. Barrett (dir.), *The Validity of Psychiatric Diagnosis* (p. 1-7). New York: Raven Press.
- Robins, L. N. (1994). How recognizing “comorbidities” in psychopathology may lead to an improved research nosology. *Clinical Psychology, 1*(1), 93-95.
- Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1383-1385.
- Ross, C. A. (2004). *Schizophrenia : Innovations in diagnosis and treatment*. Binghamton, NY: The Haworth Press.

- Ross, C. A. (2006). Dissociation and psychosis: The need for integration of theory and practice. Dans J. O. Johannessen, B. V. Martindale & J. Cullberg (dir.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments* New York: Routledge.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G., & Anderson, G. (1989). Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8), 487-491.
- Ross, C. A., & Keyes, B. B. (2009). Clinical features of dissociative schizophrenia in China. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(1), 51-60.
- Salloum, I. M., & Mezzich, J. E. (2004). Comorbidity: Clinical complexity and the need for integrated care. A report from a WHO workgroup.
- Salloum, I. M., Mezzich, J. E., & Cordoba, S. E. (2009). Conceptual and methodological considerations in comorbidity. Dans I. M. Salloum & J. E. Mezzich (dir.), *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Şar, V., & Öztürk, E. (2009). Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. Dans A. Moskowitz, I. Schafer & M. J. Dorahy (dir.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 165-175). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Şar, V., Taycan, O., Bolat, N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33-40.
- Schäfer, I., Aderhold, V., Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2009). Dissociative symptoms in schizophrenia. Dans A. Moskowitz, I. Schafer & M. J. Dorahy (dir.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 151-163). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Spitzer, C., Haug, H.-J., & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30, 67-75.

- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J., & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 495-502.
- Steinberg, M., & Siegel, H. D. (2009). Advances in assessment: The differential diagnosis of dissociative identity disorder and schizophrenia. Dans A. Moskowitz, I. Schafer & M. J. Dorahy (dir.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 177-189). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Tschöke, S., Uhlmann, C., & Steinert, T. (2011). Schizophrenia or trauma-related psychosis? Schneiderian first rank symptoms as a challenge for differential diagnosis. *Neuropsychiatry*, 1(4), 349-360.
- Van der Hart, O., Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 43-64.
- Vogel, M., Braungardt, T., Grabe, H. J., Schneider, W., & Klauer, T. (2013). Detachment, compartmentalization, and schizophrenia: Linking dissociation and psychosis by subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(3), 273-287.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relation Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Welburn, K. R., Fraser, G. A., Jordan, S. A., Cameron, C., Webb, L. M., & Raine, D. (2003). Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 109-130.
- Witztum, E., & van der Hart, O. (2009). Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. Dans A. Moskowitz, I. Schäfer & M. J. Dorahy (dir.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 21-33). Chichester: John Wiley and Sons.

- Yu, J., Ross, C. A., Keyes, B. B., Li, Y., Dai, Y., Zhang, T., . . . Xiao, Z. (2010). Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation, 11*(3), 358-372.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed? *Comprehensive Psychiatry, 40*(3), 182-191.

**Annexe 1 : Cas de schizophrénie dissociative  
décrits par Ross & Keyes (2009)**

Tirés de Ross, C.A., & Keyes, B.B. (2009). Clinical features of dissociative schizophrenia in China. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(1), 51-60.

Reproduits avec l'autorisation de *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*

### **Case 1. Dissociative schizophrenia, dissociative identity disorder**

Mr. L. is a young single man in his early twenties who has been in the hospital for six months. He denies any childhood abuse but describes about 10 episodes of amnesia lasting 2–6 days with a sudden onset and offset over the last year, plus 20 or more episodes of depersonalization lasting 20 minutes to 2 days in which he is out of his body. He says there have been 5–6 people living inside him for the last 2 years, including Yao Yen Qin, a 54-year-old Qigong master, and another man of uncertain age. These people talk to each other and he talks with them, and they take control of his voice and body when he is depersonalized. He is concerned that they may control his body during his amnesic episodes. I was able to ask Yao Yen Qin questions by talking through to him with Mr. L. passing on his responses – Yao Yen Qin and Mr. L. got into a fight and as a result Yao Yen Qin wants Mr. L. to kill himself, I was told. However, all the people inside Mr. L. may leave within the next month and go back to their homes and stop occupying Mr. L.'s brain. There is no specific reason why these people are inside him. Mr. L. agreed to a second interview.

During the second interview, Mr. L. gave the same history of amnesia, auditory hallucinations and other identities inside him. He denied that I had talked directly to Yao Yen Qin the day before, and denied that he had passed on any answers from him. He said it would be impossible for me to talk to Yao Yen Qin now because he has been gone for a long time. After some discussion, Mr. L. allowed me to ask Yao Yen Qin a question, and Yao Yen Qin confirmed out loud that he was there and listening. Mr. L. then re-appeared and denied that Yao Yen

Qin had been present. There was no visible switch of identities, nor was there any change in manner, expression or tone of voice when Yao Yen Qin spoke directly.

**Case 2. Dissociative schizophrenia, dissociative disorder not otherwise specified**

Mr. C. is a 34-year-old unemployed man who lives with his mother and brother. He has had 3 courses of ECT – 2 with 10 treatments each – in the last year. He has memory problems that interfere with his ability to give a history. He describes being hit 2–3 times by his brother and father, but not hard enough to leave bruises. He describes 4–5 incidents at age six where he was molested sexually and sodomized by older boys, and says this still bothers him. He describes 50–60 amnesic spells lasting 2 hours to half a day and a number of partial fugue episodes in which he suddenly traveled to another place and felt his body and identity change somewhat. He previously had another man inside him who, in 1994, went out of his body to stop another man from stabbing him to death. This internal man later disappeared. He has had auditory hallucinations in the past, but is unclear about them due to the ECT. Prior to admission five months ago he was planning to cut his fingers as self-punishment for stealing a newspaper, so he was brought to the hospital.

**Case 3. Dissociative schizophrenia, dissociative identity disorder**

Mr. Y. is a 53-year-old man who has been in the hospital for 18 years; for 3 of these years, according to hospital staff, he was tied to a chair with rope as a form of restraint due to his physical violence. He had one course of ECT 18 years ago. He has had numerous blank spells and fugue episodes. Other secondary features of dissociative identity disorder he endorsed included auditory hallucinations, derealization, depersonalization, objects present he could not account for, strangers claiming to know him, and strangers telling him things he had said or done that he did not remember. He described one negative voice that told him to hit the wall with his hand and stop eating, and he said that he has felt that other people live inside him. He said that one of these people often takes over

his body, at which time he stops eating. He also described suddenly getting into fights with other people, but not remembering any of them. He talks internally with the voices and they talk with each other. He denied childhood physical or sexual abuse or mistreatment by his parents. However, he described falling in a cesspool at age five, nearly dying in it, and being rescued by a neighbor. He said, “It is still alive in my mind.” Prior to being hospitalized, Mr. Y. had worked for four years. He had a girlfriend for a time but never married or had any children.

**Case 4. Dissociative schizophrenia, dissociative disorder not otherwise specified**

Mrs. Z. is a 47-year-old married woman who has been in the hospital for a year. She states that she is 15 years old and lives at home with her parents and goes to school. She says that she had bowel surgery prior to being hospitalized and lost weight as a result – she is in the hospital to gain weight and restore her energy. She said that she gets along well with her parents and has many friends at school, and that she enjoys reading, singing and playing the violin. She denies any problems with her memory, auditory hallucinations or secondary features of dissociative identity disorder. She likes reading romance novels, Karl Marx and philosophy and wants to become a doctor after she finishes high school.

Mrs. Z. could not be persuaded that she was 47 years old. Her treatment team at the hospital reported that she had insisted she was 15 years old for many months. They regarded this as a delusion and a symptom of schizophrenia. Her actual life situation is that, prior to hospitalization, her husband had abandoned her for another woman and she was living with her parents and son. She had expected to spend the rest of her life in the roles of wife, daughter, mother and eventually grandmother, but now she was facing the prospect of having to go back to work and support herself.

Following the interview, we discussed Mrs. Z.’s case with our Chinese colleagues and, based on our suggestion, all agreed that a female doctor would

take her to the restroom and have her look in the mirror. Upon returning from the restroom, Mrs. Z. stated that she was 47 years old. She denied ever having claimed to be 15. When we said that she had been claiming to be 15 for months, she insisted it was an error or misunderstanding. She was discharged within a few days without reverting to being 15 years of age.

**Case 5. Dissociative schizophrenia, dissociative disorder not otherwise specified**

Mr. A. is a 62-year-old man who has been in the hospital for seven years. He has had 10 hospitalizations and 2–3 courses of ECT. He said that he has lived the majority of his life in the hospital. He denied having other people inside him or secondary features of dissociative identity disorder except for auditory hallucinations and frequent blank spells. He described a number of fugue episodes. He said that the voices had different names and ages and that one of them told him he had stolen a watch, which he did not remember doing. He said that he used to get into fights with other men because the voices made him angry, but that the voices had gone away 5–6 years ago; they stopped when he was no longer going into a rage. He described physical abuse by his father and considerable trauma from the Cultural Revolution. During that period, he was forced to work as a laborer in poor, rural parts of the country.

## **Annexe 2 : Formulaire de consentement 1<sup>ère</sup> phase**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre de la recherche :** Prévalence des sous-types de psychoses liées aux traumatismes et facteurs associés – 1<sup>ER</sup> VOLET

**Chercheuse :** Tania Lecomte, Ph.D., professeur agrégée  
Département de Psychologie, Université de Montréal  
Chercheur, Centre de Recherche Fernand Séguin

**Chargée de l'étude :** Marie-Christine Laferrière-Simard  
Étudiante au Ph.D. – psychologie R/I  
Département de Psychologie, Université de Montréal

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et amis. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche conduit par la chercheuse Tania Lecomte et une étudiante au doctorat, Marie-Christine Laferrière-Simard, de l'Université de Montréal. Ce projet s'effectue en collaboration avec les programmes Jeunes Adultes et Troubles Psychotiques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal.

### INFORMATION

#### Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre certains types de psychoses, en particulier la psychose vécue par des personnes ayant eu des expériences difficiles ou traumatisantes au cours de leur enfance. Pour ce faire, nous évaluerons environ 200 personnes ayant reçu un diagnostic dans le spectre de la schizophrénie, soit la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble schizophréniforme, le trouble psychotique bref et le trouble psychotique non spécifié. Si nous vous contactons, c'est que votre psychiatre juge que vous êtes éligible à cette étude. L'étude se déroulera sur une période d'environ deux ans, mais chaque participant ne sera vu qu'une fois ou deux à l'intérieur de quelques mois. L'étude comporte deux volets. Seul le premier volet est décrit ici. Une minorité des participants sera contactée de nouveau pour participer au deuxième volet de l'étude.

### **Nature de la participation du sujet**

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une séance d'environ 30 minutes. Pendant cette séance, vous répondrez à quelques questionnaires :

- Un questionnaire sur vos caractéristiques socio-démographiques, telles que votre âge, votre revenu, votre histoire en psychiatrie et, s'il y a lieu, votre consommation de drogues et d'alcool;
- Un questionnaire sur la fréquence d'expériences pendant lesquelles il y a une perturbation de fonctions normalement intégrées, telles que la conscience ou la mémoire, dans votre vie de tous les jours;
- Un questionnaire évaluant la présence d'abus et/ou de négligence dans votre enfance.

### **Inconvénients pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche**

Nous croyons que votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif pour vous. Il se pourrait par contre que certains sujets abordés au cours de l'évaluation soient émotionnellement difficiles. Si cela se produit, vous pouvez en discuter avec la personne en charge ou, selon votre choix, votre intervenant principal. Il est aussi possible que vous trouviez les entrevues trop longues ou certaines questions trop personnelles. Si tel est le cas, il est toujours possible de demander des pauses, de poursuivre l'entrevue une autre journée, ou simplement de ne pas répondre à ces questions.

### **Avantages pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Vous pourriez par ailleurs apprécier avoir la chance de parler à une personne réceptive à vous écouter. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances et pourraient peut-être entraîner de meilleurs traitements dans le futur.

### **Droits du sujet de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **Indemnité compensatoire**

Vous recevrez une compensation de 10\$ pour votre participation à cette séance.

### **Liberté de participation et de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, par simple avis verbal et sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un de ses assistants. Dans le cas où vous vous retireriez du projet, les données acquises jusqu'au moment de l'avis seraient conservées, à moins d'avis contraire de votre part.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

### **Autorisation de transmettre les résultats**

J'autorise le chercheur responsable de ce projet de recherche à transmettre les résultats de mon évaluation à mon psychiatre traitant si cela est pertinent :

Oui  Non

Nom du psychiatre traitant : \_\_\_\_\_

### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et vous serez informé de leur nature.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Les données du projet seront conservées pendant 7 ans par le chercheur principal, après quoi elles seront détruites. Seules les données ne permettant pas de vous identifier pourraient être conservées après cette date, et ce pour fins d'analyses seulement.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale, délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Prévalence des sous-types de psychoses liées aux traumatismes et facteurs associés  
1<sup>ER</sup> VOLET

Page 3 de 5

Version du formulaire : Mai 2011

#### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche ou la chargée de l'étude au numéro suivant :

Tania Lecomte, chercheure, OU  
Marie-Christine Laferrière-Simard, chargée de l'étude  
514-343-6111, poste 4724

Université de Montréal,  
Bur C-363, 90 rue Vincent d'Indy,  
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville,  
Montréal, QC, H3C 3J7

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Mme Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services  
(514) 251-4000 poste 2920  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
7401 rue Hochelaga  
Montréal, Québec, H1N 3M5

#### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand Séguin, affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. À ce sujet, vous pouvez contacter :

Dr Robert Élie, Président du comité d'éthique de la recherche  
(514) 251-4015  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
7401 rue Hochelaga  
Montréal, Québec, H1N 3M5

## CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice, et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(ou de son représentant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nous aimerions savoir s'il est possible de vous contacter dans l'avenir afin de vous demander de participer à la suite de la présente recherche. En signant ci-dessous, cela ne signifie pas que vous êtes d'accord pour participer à une autre recherche, mais plutôt que vous nous autorisez à vous contacter.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

**Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant**

Prévalence des sous-types de psychoses liées aux traumatismes et facteurs associés

Page 5 de 5

1<sup>ER</sup> VOLET

Version du formulaire : Mai 2011

## **Annexe 3 : Questionnaire vrai / faux 1<sup>ère</sup> phase**

## QUESTIONS SUR LE CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET

ID : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Répondre par Vrai ou Faux :

- |                                                                                                                                        |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1. Je peux prendre l'avis de ma famille ou de mes proches avant de décider de participer à cette étude.                                | Vrai | Faux |
| 2. Le but de ce projet est de mieux comprendre les symptômes que vivent les personnes ayant un diagnostic de trouble psychotique.      | Vrai | Faux |
| 3. Si j'accepte de participer, je n'ai pas le droit de quitter l'étude avant la fin de celle-ci.                                       | Vrai | Faux |
| 4. À l'exception des chercheurs et, s'il y a lieu, du médecin traitant, personne n'aura accès aux réponses données aux questionnaires. | Vrai | Faux |
| 5. Mon médecin sera fâché et risque de ne pas continuer à m'offrir les traitements et services habituels si je refuse de participer.   | Vrai | Faux |
| 6. Je peux décider de me retirer en tout temps de l'étude.                                                                             | Vrai | Faux |
| 7. Si j'ai des questions, il y a une personne que je peux contacter concernant ce projet.                                              | Vrai | Faux |
| 8. Je recevrai un dédommagement (argent) pour ma participation au projet.                                                              | Vrai | Faux |
| 9. Il se peut que mon nom soit mentionné sans ma permission dans des conférences ou publications des résultats de ce projet.           | Vrai | Faux |
| 10. L'étude comprend une rencontre d'environ 30 minutes.                                                                               | Vrai | Faux |

Le candidat a répondu adéquatement à toutes les questions à sa première tentative :

Le candidat a nécessité \_\_\_\_\_ tentative(s) afin de répondre adéquatement à toutes les questions. (maximum 3 pour poursuivre la participation)

## **Annexe 4 : Questionnaire socio-démographique**

## INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

No. Identification :  Date aujourd'hui:  /  /   
(jj/mm/aaaa)

Sexe:  Homme  Femme Age : \_\_\_\_\_ Date naissance :  /  /   
(jj/mm/aaaa)

1. Quelle est votre origine ethnique?  Occidentale  Latino-américaine  
 Asiatique  Première Nation / Inuit  
 Africaine /Caraïbe  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

2. Êtes-vous né au Canada?  Oui  Non

Si non, dans quel pays êtes-vous né?

En quelle année êtes-vous arrivé au Canada?

3. Quel est votre état civil ?  Célibataire /jamais marié(e)  Séparé(e)  
 Marié(e) / remarié(e)  Divorcé(e)  
 Cohabitation avec partenaire  Veuf, veuve

4. Avez-vous des enfants?  Oui  Non  
Si oui, combien?

5. Avez-vous un domicile permanent?  Oui  Non

- 5.1. Si oui, avec qui vivez-vous?  Seul  En résidence supervisée  
 Avec parent(s)  Avec co-locataire(s)  
 Avec conjoint  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

5.1.1. Combien de personnes vivent sous ce toit (en vous incluant)?

5.1.2. Depuis combien de temps ?



10.2. Considérez-vous que votre consommation est problématique?  Oui  Non

10.2.1. Si oui, avez-vous déjà essayé d'arrêter?  Oui  Non

10.2.1.1. Combien de fois ?

10.2.1.2. Durée d'arrêt la plus longue?

11. Avez-vous déjà eu des ennuis avec la loi?  Oui  Non

11.1. Si oui, avez-vous déjà été arrêté?  Oui  Non

11.2. Avez-vous déjà fait un séjour en prison?  Oui  Non

11.2.1. Si oui, quelle est la durée de votre séjour?

12. Présentez-vous parfois des comportements violents?  Oui  Non

12.1. Si oui, considérez-vous que cela vous occasionne des ennuis?  Oui  Non

13. Avez-vous des problèmes de santé physique?  Oui  Non

13.1. Si oui, considérez-vous que cela affecte votre fonctionnement?  Oui  Non

14. À quel âge avez ressenti les premiers symptômes de votre maladie?

14. 1. Quels étaient-ils?

(Vous pouvez en indiquer plusieurs)

Délires

Hallucinations auditives

Hallucinations visuelles

Autres : \_\_\_\_\_

15. À quel âge avez-vous consulté en psychiatrie pour la première fois?

16. Avez-vous déjà été hospitalisé pour des troubles psychiatriques?  Oui  Non

16.1. Si oui, quel âge aviez-vous la première fois?

16.2. Si oui, combien d'hospitalisations distinctes avez-vous eu?

17. Avez-vous un diagnostic psychiatrique connu?  Oui  Non

17.1. Si oui, lequel?

17.2. Nom du psychiatre ou intervenant principal :

18. Prenez-vous des médicaments?

Oui  Non

18.1. Si oui, lequel ou lesquels?

---

---

---

---

19. Respectez-vous votre (vos) prescription(s)?

Oui  Non

19.1. Si non, que faites-vous?

---

---

---

---

20. Considérez-vous que votre médication est efficace pour la réduction de vos symptômes?

Oui  Non

20.1. Si non, quels symptômes sont toujours présents?

---

---

---

---

## **Annexe 5 : CTQ**

**CTQ**

ID : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

<b>Quand j'étais jeune...</b>	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1. J'ai manqué de nourriture.					
2. Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.					
3. Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux (se) » ou « laid(e) ».					
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants.					
5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi.					
6. J'ai dû porter des vêtements sales.					
7. Je me sentais aimé(e).					
8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance.					
9. J'ai été frappé(e) par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisé(e).					
10. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille.					
11. J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques.					
12. J'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur).					
13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille.					
14. Mes parents me disaient des choses blessantes et/ou insultantes.					
15. Je me croyais abusé(e) physiquement.					
16. J'ai grandi dans un entourage idéal.					
17. J'ai été battu(e) au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu.					
18. Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait.					
19. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres.					
20. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes.					
21. Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle.					
22. J'avais la meilleure famille au monde.					
23. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles.					

**CTQ**

ID : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

<b>Quand j'étais jeune...</b>	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
24. J'ai été maltraité(e).					
25. Je croyais être abusé(e) émotionnellement.					
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire.					
27. Je croyais être abusé(e) sexuellement.					
28. Ma famille était source de force et de support.					

## **Annexe 6 : DES**

## DES-II

ID : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Ce questionnaire comprend 28 questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivent ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues. Pour répondre aux questions, nous vous prions de déterminer avec quel degré la sensation décrite dans la question s'applique à vous et d'encercler le nombre qui montre quel pourcentage du temps vous avez cette sensation, comme le montre l'exemple ci-dessous.

**Exemple :**

0%	10	20	30	(40)	50	60	70	80	90	100%
Jamais										Tout le temps

1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit. Marquez...

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là. Marquez...

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis. Marquez...

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés. Marquez...

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître. Marquez...

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne. Marquez...

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

## DES-II

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leurs vies (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme universitaire). Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Certaines personnes ont parfois le sentiment que leur corps ne leur appartient pas. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train de leur arriver. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

## DES-II

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux différentes personnes. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...). Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster). Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Marquez...

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

**Annexe 7 : Formulaire de consentement 2ème  
phase**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre de la recherche :** Prévalence des sous-types de psychoses liées aux traumatismes et facteurs associés – 2<sup>ÈME</sup> VOLET

**Chercheure :** Tania Lecomte, Ph.D., professeur agrégée  
Département de Psychologie, Université de Montréal  
Chercheur, Centre de Recherche Fernand Séguin

**Chargée de l'étude :** Marie-Christine Laferrière-Simard  
Étudiante au Ph.D. – psychologie R/I  
Département de Psychologie, Université de Montréal

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et amis. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche conduit par la chercheure Tania Lecomte et une étudiante au doctorat, Marie-Christine Laferrière-Simard, de l'Université de Montréal. Ce projet s'effectue en collaboration avec les programmes Jeunes Adultes et Troubles Psychotiques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal.

### INFORMATION

#### Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre certains types de psychoses, en particulier la psychose vécue par des personnes ayant eu des expériences difficiles ou traumatisantes au cours de leur enfance. Pour ce faire, nous évaluerons environ 200 personnes ayant reçu un diagnostic dans le spectre de la schizophrénie, soit la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble schizophréniforme et le trouble psychotique bref. Si nous vous contactons, c'est que votre psychiatre juge que vous êtes éligible à cette étude. L'étude se déroulera sur une période d'environ deux ans, mais chaque participant ne sera vu qu'une fois ou deux à l'intérieur de quelques mois. L'étude comporte deux volets. Seul le deuxième volet est décrit ici. Si vous êtes ici, c'est que vous avez complété le premier volet de l'étude.

---

### **Nature de la participation du sujet**

Votre participation à cette recherche consiste à participer à deux séances individuelles pouvant durer environ 1 heure et demi à 2 heures chacune, selon les informations que vous apporterez, pendant lesquelles vous répondrez oralement à quelques questionnaires :

- Trois entrevues évaluant certaines conditions psychologiques, telles que la dépression et l'anxiété;

Les rencontres s'effectueront dans une salle d'entrevue à l'unité 218 de l'Hôpital Louis H. Lafontaine de Montréal.

### **Inconvénients pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche**

Nous croyons que votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif pour vous. Il se pourrait par contre que certains sujets abordés au cours de l'entrevue soient émotionnellement difficiles. Si cela se produit, vous pouvez en discuter avec la personne présente ou, selon votre choix, votre intervenant principal. Il est aussi possible que vous trouviez les entrevues trop longues ou certaines questions trop personnelles. Si tel est le cas, il est toujours possible de demander des pauses, de poursuivre l'entrevue une autre journée, ou simplement de ne pas répondre à ces questions.

### **Avantages pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Vous pourriez par ailleurs apprécier avoir la chance de parler à une personne réceptive à vous écouter. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances et pourraient peut-être entraîner de meilleurs traitements dans le futur.

### **Droits du sujet de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **Indemnité compensatoire**

Vous recevrez, au terme des 2 rencontres, une compensation de 30\$ pour votre participation à ces séances.

### **Liberté de participation et de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, par simple avis verbal et sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à

l'un de ses assistants. Dans le cas où vous vous retireriez du projet, les données acquises jusqu'au moment de l'avis seraient conservées, à moins d'avis contraire de votre part.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

#### **Autorisation de transmettre les résultats**

J'autorise le chercheur responsable de ce projet de recherche à transmettre les résultats de mon évaluation à mon psychiatre traitant si cela est pertinent :

Oui  Non

Nom du psychiatre traitant : \_\_\_\_\_

#### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et vous serez informé de leur nature.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Les données du projet seront conservées pendant 7 ans par le chercheur principal, après quoi elles seront détruites. Seules les données ne permettant pas de vous identifier pourraient être conservées après cette date, et ce pour fins d'analyses seulement.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale, délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

---

### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche ou la chargée de l'étude au numéro suivant :

Tania Lecomte, chercheure, OU  
Marie-Christine Laferrière-Simard, chargée de l'étude  
514-343-6111, poste 4724

Université de Montréal,  
Bur C-363, 90 rue Vincent d'Indy,  
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville,  
Montréal, QC, H3C 3J7

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Mme Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services  
(514) 251-4000 poste 2920  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
7401 rue Hochelaga  
Montréal, Québec, H1N 3M5

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand Séguin, affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. À ce sujet, vous pouvez contacter :

Dr Robert Élie, Président du comité d'éthique de la recherche  
(514) 251-4015  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
7401 rue Hochelaga  
Montréal, Québec, H1N 3M5

## CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice, et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(ou de son représentant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant**

## **Annexe 8 : Questionnaire vrai / faux 2<sup>ème</sup> phase**

## QUESTIONS SUR LE CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET

Répondre par Vrai ou Faux :

- |                                                                                                                                        |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1. Ma participation à ce projet est obligatoire.                                                                                       | Vrai | Faux |
| 2. Le but de ce projet est de mieux comprendre les symptômes que vivent les personnes ayant un diagnostic de trouble psychotique.      | Vrai | Faux |
| 3. Si j'accepte de participer, je n'ai pas le droit de quitter l'étude avant la fin de celle-ci.                                       | Vrai | Faux |
| 4. À l'exception des chercheurs et, s'il y a lieu, du médecin traitant, personne n'aura accès aux réponses données aux questionnaires. | Vrai | Faux |
| 5. Mon médecin sera fâché et risque de ne pas continuer à m'offrir les traitements et services habituels si je refuse de participer.   | Vrai | Faux |
| 6. Certains questionnaires sont longs, mais je peux demander de prendre des pauses.                                                    | Vrai | Faux |
| 7. Si j'ai des questions, il y a une personne que je peux contacter concernant ce projet.                                              | Vrai | Faux |
| 8. Je recevrai un dédommagement (argent) pour ma participation au projet.                                                              | Vrai | Faux |
| 9. Il se peut que mon nom soit mentionné sans ma permission dans des conférences ou publications des résultats de ce projet.           | Vrai | Faux |
| 10. L'étude comprend une rencontre durant en moyenne 2 heures.                                                                         | Vrai | Faux |

Le candidat a répondu adéquatement à toutes les questions à sa première tentative :

Le candidat a nécessité \_\_\_\_\_ tentatives afin de répondre adéquatement à toutes les questions. (maximum 3 pour poursuivre la participation)

**Annexe 9 : Fiche-sommaire de cotation pour le  
SCID-D**

Initiales du patient \_\_\_\_\_  
Interviewer \_\_\_\_\_

82

Date \_\_\_\_\_  
Total SCID-D score \_\_\_\_\_

### FICHE-SOMMAIRE DE COTATION POUR LE SCID-D

A. IMPRESSION DIAGNOSTIQUE GLOBALE	<input type="checkbox"/> Pas d'indication pour un trouble dissociatif <input type="checkbox"/> Remplit les critères pour un trouble dissociatif <input type="checkbox"/> Épisode passé <input type="checkbox"/> Épisode actuel <input type="checkbox"/> Remplit les critères pour un État de stress aigu
B. TYPE DE TROUBLE DISSOCIATIF	<input type="checkbox"/> Amnésie dissociative <input type="checkbox"/> Fugue dissociative <input type="checkbox"/> Trouble dissociatif de l'identité (Trouble de personnalité multiple) <input type="checkbox"/> Trouble de dépersonnalisation <input type="checkbox"/> Trouble dissociatif non spécifié
C. SYMPTÔMES DISSOCIATIFS	Sévérité*
AMNÉSIE	1 <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Seulement avec alcool ou drogue 2 <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Parfois avec alcool ou drogue 3 <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Pas associé à l'alcool ou la drogue 4 <input type="checkbox"/> Sévère
DÉPERSONNALISATION	1 <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Seulement avec alcool ou drogue 2 <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Parfois avec alcool ou drogue 3 <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Pas associé à l'alcool ou la drogue 4 <input type="checkbox"/> Sévère
DÉRÉALISATION	1 <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Seulement avec alcool ou drogue 2 <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Parfois avec alcool ou drogue 3 <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Pas associé à l'alcool ou la drogue 4 <input type="checkbox"/> Sévère
CONFUSION DE L'IDENTITÉ	1 <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Seulement avec alcool ou drogue 2 <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Parfois avec alcool ou drogue 3 <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Pas associé à l'alcool ou la drogue 4 <input type="checkbox"/> Sévère
ALTÉRATION DE L'IDENTITÉ	1 <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Seulement avec alcool ou drogue 2 <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Parfois avec alcool ou drogue 3 <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Pas associé à l'alcool ou la drogue 4 <input type="checkbox"/> Sévère

\*Voir la définition des cotes de sévérité dans le *Interviewer's guide to the SCID-D*, Revised, pp. 18-22. La cotation de la fiche-sommaire de cotation pour le SCID-D devrait être effectuée en utilisant les lignes directrices décrites dans le *Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*, Revised (Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994. Copyright © 1985, 1993, 1994 Marlene Steinberg, M.D.).

## **Annexe 10 : Version publiée de l'article 1**



## La schizophrénie dissociative existe-t-elle ?

---

Marie-Christine Laferrière-Simard\*

Tania Lecomte \*\*

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Historique de la psychose dissociative**

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

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

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

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

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

### **Controverses autour des troubles dissociatifs**

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

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

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

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

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

### **Symptomatologie similaire des troubles psychotiques et dissociatifs**

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

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

### **Dissociation et psychose : le trauma comme étiologie commune ?**

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

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

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

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

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

### **Études sur la dissociation et la schizophrénie**

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

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

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

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

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

### **Suggestion d'un sous-type dissociatif de schizophrénie**

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

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

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

Selon Ross (2004), en effet, les liens entre psychose et dissociation ne pourraient pas s'expliquer par une simple comorbidité car les caractéristiques au cœur de ces troubles sont trop similaires pour que ces derniers ne soient pas liés. Effectivement, parmi les personnes traitées pour un trouble dissociatif de l'identité, 74,3 % des sujets répondent aux critères d'un trouble psychotique (Ellason et al., 1996), tandis que les études ayant évalué les symptômes dissociatifs chez les personnes atteintes d'un trouble psychotique rapportent des taux de 25 % à 40 % (Ross et Keyes, 2004).

### **Explications théoriques**

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

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

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

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

### **Discussion**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Références

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRACT**

### **Does dissociative schizophrenia exist?**

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

## **RESUMEN**

### **¿Existe la esquizofrenia disociativa?**

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

## **RESUMO**

### **Será que a esquizofrenia dissociativa existe?**

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

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

## **Annexe 11 : Version publiée de l'article 2**

## Empirical Testing of Criteria for Dissociative Schizophrenia

MARIE-CHRISTINE LAFERRIÈRE-SIMARD, MPs,  
TANIA LECOMTE, PhD, and LOLA AHOUNDOVA, BSc  
*Department of Psychology, Université de Montréal, Montreal, Quebec, Canada; and Hôpital  
Louis-H. Lafontaine, Montreal, Quebec, Canada*

*This study examined the validity of dissociative schizophrenia diagnostic criteria. In the first phase, 50 participants with a psychotic disorder were administered the Dissociative Experiences Scale and the Childhood Trauma Questionnaire to identify those with dissociative characteristics. In the second phase, we selected those who had a score of 15 or above on the Dissociative Experiences Scale. Fifteen of these participants were evaluated thoroughly with the Structured Clinical Interview for DSM–IV Axis I, Structured Clinical Interview for DSM–IV Axis II, and Structured Clinical Interview for DSM–IV Dissociative Disorders to determine whether they met the criteria for dissociative schizophrenia and to generate a clinical description. Our results indicated that 24% of the individuals we tested met these criteria. We propose making mandatory 1 of the 3 dissociative symptoms of the criteria to eliminate people with only nonspecific symptoms (e.g., extensive comorbidity). According to this modified criterion, 14% of our sample would receive a diagnosis of dissociative schizophrenia. However, a more comprehensive look at the clinical picture begs the question of whether dissociative schizophrenia is truly present in every person*

---

Received 5 February 2013; accepted 3 August 2013.

The authors would like to thank the individuals who agreed to participate in this study; Dr. Pierre Lalonde, Dr. Constantin Tranulis, Dr. Marie Villeneuve, and other Hôpital Louis-H. Lafontaine professionals who participated in the recruitment; as well as Ann-Marie Lambert, MPs, for her valuable review before submission. The first author benefited from a graduate training award from the Canadian Institutes of Health Research.

Address correspondence to Marie-Christine Laferrière-Simard, MPs, 520 Cherrier, Suite 101, Montreal, Quebec H2L 1H3, Canada.

*meeting the criteria. We discuss the relevance of creating a new schizophrenia subtype and offer recommendations for clinicians.*

**KEYWORDS** *dissociation, schizophrenia, dissociative disorders, diagnostic validity*

In 2004, Ross suggested creating a new nosological classification: the dissociative subtype of schizophrenia. He argued that there was overlap between psychotic and dissociative symptoms and that some core features of dissociative identity disorder and schizophrenia were the same. Several authors have also argued that the so-called first-rank symptoms of schizophrenia are in fact present in larger numbers and are more severe in dissociative identity disorder than they are in schizophrenia (Dorahy et al., 2009; Kluft, 1987; Ross et al., 1990). These symptoms include voices heard arguing, voices commenting on behaviors or thoughts, somatic passivity, thoughts stolen by external forces, and so on.

Ross's (2004) criteria for dissociative schizophrenia are schizophrenia dominated in its clinical presentation by three of the following six criteria: (a) dissociative amnesia, (b) depersonalization, (c) the presence of two or more distinct identities or personality states, (d) auditory hallucinations, (e) extensive comorbidity (i.e., participants identified as having many dissociative symptoms often have substance use disorder, depression, somatization, or borderline personality disorder), or (f) severe childhood trauma. This last criterion is important because dissociation is generally recognized as a result of childhood trauma. To test this model, Ross and Keyes (2009) conducted clinical interviews from which they identified 22% of their sample (11/50) as meeting the criteria for dissociative schizophrenia.

This nosological classification was also reported in another study (Sar et al., 2010), which found that 26% (18/70) of its participants had high scores on a measure of dissociation and exhibited secondary characteristics of dissociative identity disorder. In addition, this group differed from other groups by having more first-rank symptoms, extrasensory perception, somatic complaints, and more borderline personality traits—confirming the comorbidity criteria reported by Ross (2004).

The objective of the present study was to empirically determine the prevalence of dissociative schizophrenia as defined by Ross (2004) and to illustrate clinical profiles. Indeed, studies in which dissociative schizophrenia has been described have not systematically tested for it using the suggested criteria. Based on these studies, we hypothesize that approximately 25% of our sample would meet these criteria.

This study was divided into two phases. The first phase aimed primarily at identifying individuals diagnosed with a psychotic disorder who were receiving services from a large psychiatric hospital in Montreal, Canada, and

who presented with dissociative features. In the second phase, we examined whether criteria for dissociative schizophrenia were present among the identified subsample. Both quantitative and clinical data were collected using semistructured interviews, enabling us to present clinical profiles of the participants.

## PHASE 1

### Method

#### PARTICIPANTS

Participants were recruited from the psychotic disorder program (in- and outpatient) of the Hôpital Louis-H. Lafontaine in Montreal, Canada. Included diagnoses were schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, and brief psychotic disorder. The hospital's ethics and research committee approved the project. Fifty individuals between 18 and 69 years of age, with a mean age of 32 years ( $SD = 11$ ), including 34 men, participated in the study. Forty were of Western origin, 8 were African or Caribbean, and 2 were Latin American.

#### MATERIALS

The following self-report questionnaires (French versions) were used.

*Sociodemographic questionnaire.* The Canadian version of the Psychosocial Rehabilitation Toolkit (Arns, Rogers, Cook, Mowbray, & Members of the IAPSRs Research Committee, 2001) was used to collect information such as age, number of hospitalizations, occupation, education, age at first psychiatric consultation, diagnosis, and substance abuse.

*Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).* The CTQ is a 28-item self-report questionnaire assessing experiences of childhood maltreatment (D. P. Bernstein et al., 2003). It includes the following scales: Emotional Neglect, Emotional Abuse, Physical Abuse, Sexual Abuse, Physical Neglect, and Denial (Paquette, Laporte, Bigras, & Zoccolillo, 2004). Scores are calculated by calculating the mean of the scale items. Standards are provided by the authors for categorizing the severity of trauma on each scale (none, low, moderate, or severe; D. P. Bernstein & Fink, 1998). The internal consistency (Cronbach's alpha) of the scales is excellent (.79–.94; Paquette et al., 2004).

*Dissociative Experiences Scale (DES).* The DES is a 28-item self-report questionnaire measuring dissociative experiences on a scale of 0% to 100% (E. M. Bernstein & Putnam, 1986). Its original psychometric qualities are excellent (Carlson & Putnam, 1993). The scale offers a total score, which is the mean of all items, and a score for pathological dissociation derived from the mean of eight items (Waller, Putnam, & Carlson, 1996), called the *taxon*.

The Bayesian probability of a subject belonging in the DES taxon can be calculated using a procedure described by Waller and Ross (1997).

#### PROCEDURE

Participants completed the self-report measures individually in the same room as two to five other participants, given space and time constraints. After the study and consent form were explained, capacity to give informed consent was verified using a true/false questionnaire covering various aspects of the study, with a maximum of three trials prior to obtaining a perfect score. For example, one question was “My doctor will be mad and will stop treating me if I do not agree to participate in the study.” All participants passed. They then completed the sociodemographic questionnaire, the CTQ, and the DES. They received a token monetary compensation of \$10 for their time.

#### Results

Table 1 presents the mean DES and CTQ subscale scores. Correlational analyses (Spearman’s rho) were performed to determine whether dissociation and childhood trauma were related, as is generally reported in the literature. The results indicated that in our sample, total scores on the DES and CTQ were not significantly related,  $r_s(48) = .08, p = .61$ .

**TABLE 1** Mean Scores on the DES and CTQ

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>
DES	18.12	12.68
CTQ		
Physical Abuse	7.49	2.49
Physical Neglect	9.82	3.37
Emotional Abuse	11.05	4.74
Emotional Neglect	13.42	4.45
Sexual Abuse	8.18	5.33

*Notes:* DES = Dissociative Experiences Scale; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire.

Table 2 presents the number and percentage of participants with scores of moderate or severe on the CTQ subscales (D. P. Bernstein & Fink, 1998) by slices of DES scores. The first DES slice went up to 15; this threshold score was chosen because it offered the best sensitivity and specificity when the DES was used as a screening instrument (Steinberg, Rounsaville, & Cicchetti, 1991). A score of 30 is also often reported as a cutoff score (e.g., Merckelbach, Muris, & Rassin, 1999), so a third slice of scores above 30 is provided for comparison purposes. These slices offer a portrait of the severity of the dissociative characteristics of the sample.

**TABLE 2** Number and Percentage of Participants With CTQ Subscale Scores of Moderate or Severe by Slices of DES Scores

DES Score	CTQ—Moderate or severe													
	DES		Taxon <sup>a</sup>		PA		PN		EA		EN		SA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0–14	25	50	0	0	3	6	12	24	9	18	11	22	7	14
15–30	17	34	3	6	3	6	12	24	10	20	6	12	5	10
30	8	16	5	10	2	4	1	2	3	6	1	2	1	2
Total	50	100	8	16	8	16	25	50	22	44	18	36	13	26

Notes: CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; DES = Dissociative Experiences Scale; PA = Physical Abuse; PN = Physical Neglect; EA = Emotional Abuse; EN = Emotional Neglect; SA = Sexual Abuse.

<sup>a</sup>More than a 75% chance of belonging to the pathological dissociation taxon.

In order to determine whether there was some overlap in participants with high severity on the DES and on the CTQ, we divided participants into two groups according to their DES total score using a threshold of 15 and into groups according to the “severe” criterion on each scale of the CTQ. The results of cross-tabulations were not significant ( $p > .05$ ). The same calculations were made but with a “moderate” criterion on the CTQ scales and then with a threshold of 30 on the DES (with both “severe” and “moderate” criteria on the CTQ scales) with no significant results ( $p > .05$ ).

Finally,  $t$  tests were conducted to determine whether participants differed on sociodemographic variables depending on whether their DES score was above or below 15. The results showed that the groups did not differ in terms of age, years of schooling, age at the onset of symptoms, or number of hospitalizations.

## PHASE 2

### Method

#### PARTICIPANTS

A total of 25 participants who had scored 15 or higher on the DES were asked to take part in Phase 2 of the study. Of these, 15 participants were available and willing. Those who refused did not differ from the assessed group on sociodemographic information, on any CTQ scale, or in terms of their probability of belonging to the taxon of pathological dissociation. They differed on their average DES score,  $t(19.01) = 2.62$ ,  $p < .05$ , which was lower than the DES score of those in the assessed group ( $M = 24.03$ ,  $SD = 3.70$ , vs.  $M = 31.51$ ,  $SD = 10.08$ , respectively). Participants were between 18 and 40 years of age ( $M = 28$ ,  $SD = 6$ ), with DES scores ranging from 18.57 to 51.79 ( $M = 31.51$ ,  $SD = 10.08$ ). Eleven were male, 13 were of Western origin, and 2 were of African or Caribbean origin.

## MATERIALS

Three semistructured interviews were administered in this phase: the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis I (SCID-I), the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis II (SCID-II), and the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Dissociative Disorders (SCID-D). All were administered in French.

The SCID-I is considered the gold standard for systematically assessing *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (*DSM-IV*), Axis I mental disorder diagnostic categories. Reported interrater agreement kappa coefficients range from .57 to 1 (Zanarini et al., 2000). The SCID-II assesses *DSM-IV* personality disorders. Theta coefficients measuring internal consistency range from .71 to .94 (Maffei et al., 1997). Finally, the SCID-D (Steinberg, 2000) assesses the severity of five dissociative symptoms: amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion, and identity alteration. It also provides the criteria for a diagnosis of dissociative disorder according to the *DSM-IV* not available in SCID-I and SCID-II. Interrater agreement ranges from very good to excellent, with reported kappa coefficients ranging from .72 to .86 (Steinberg, Hall, Lareau, & Cicchetti, 2001).

## OPERATIONALIZATION OF CRITERIA FOR DISSOCIATIVE SCHIZOPHRENIA

Ross's (2004) criteria—(a) dissociative amnesia, (b) depersonalization, and (c) the presence of two or more distinct identities or personality states—were assessed using the SCID-D. Criterion 1 was considered to be met when Criterion A of *DSM-IV* dissociative amnesia was met (i.e., “one or more episodes of inability to recall important personal information, usually of a traumatic or stressful nature, that is too extensive to be explained by ordinary forgetfulness” [American Psychiatric Association, 2000, p. 523]). Criterion 2 was considered to be met when Criteria A (feelings of detachment from one’s mental processes or body) and B (“reality testing remains intact” [American Psychiatric Association, 2000, p. 532]) of *DSM-IV* depersonalization disorder were met. Criterion 3 was considered to be met when Criterion A of *DSM-IV* dissociative identity disorder was met (i.e., the presence of “two or more distinct identities or personality states” [American Psychiatric Association, 2000, p. 529]). The presence of auditory hallucinations (Criterion 4) was determined by the SCID-I. Comorbidity was considered extensive (Criterion 5) when a person received diagnoses of at least three disorders assessed by both the SCID-I and SCID-II. This number was chosen because Zimmerman and Mattia (1999) reported that a third of outpatients receive three or more diagnoses when assessed using the SCID. Finally, childhood trauma (Criterion 6) was considered severe when at least one of the CTQ subscales reached the level of severe or at least three subscales reached the level of moderate. The severe cutoff score determined by the CTQ’s authors was

chosen because it had very good specificity and acceptable sensitivity (D. P. Bernstein & Fink, 1998). We also considered that multiple moderate scores could equal a severe trauma score given that studies on child victimization suggest that complex trauma (poly- yet not severe traumatization) is highly predictive of later trauma symptoms (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

#### PROCEDURE

A trained interviewer met with participants individually. The procedure for informed consent was the same as for Phase 1. The SCID-I, SCID-II, and SCID-D interviews took between 5 and 8 hr over the course of two meetings. Participants received a stipend of \$30 for their time.

#### Results

Table 3 shows the results for each participant. Seven out of 15 (47% of the assessed group) met three or more criteria and would receive a diagnosis of dissociative schizophrenia according to Ross (2004). Because only 50% of the entire sample met the criteria for the second phase, we can extrapolate that approximately 24% of our original sample would present with Ross's dissociative schizophrenia.

**TABLE 3** Participants' Results for Dissociative Schizophrenia Criteria

ID	Criterion <sup>a</sup>						Number of criteria met
	1	2	3	4	5	6	
1					X	X	2
2				X	X	X	3
3	X	X	X	X	X	X	6
4				X		X	2
5				X	X	X	3
6		X		X			2
7				X	X	X	3
8		X					1
9					X	X	2
10		X		X	X		3
11						X	1
12		X		X	X		3
13		X		X	X	X	4
14				X			1
15				X	X		2
	7%	40%	7%	73%	67%	60%	

Notes: Light gray = original criteria; dark gray = modified criteria. Percentages indicate the proportion of participants meeting the criterion.

<sup>a</sup>Criteria were as follows: 1 = dissociative amnesia; 2 = depersonalization; 3 = two or more distinct identities or personality states; 4 = auditory hallucinations; 5 = extensive comorbidity; 6 = severe childhood trauma.

Participants were divided into two groups: those who met the proposed criteria for dissociative schizophrenia and those who did not. Independent samples *t* tests were performed to determine whether the groups differed in their scores on the DES or the CTQ and its subscales. Only one significant difference was found in the CTQ Denial subscale,  $t(10) = 2.6$ ,  $p < .05$ , with participants who met the criteria for dissociative schizophrenia having a lower score for denial ( $M = 0.3$ ,  $SD = 0.5$ ) than those who did not meet the criteria ( $M = 1.4$ ,  $SD = 1.1$ ).

#### A POSTERIORI ANALYSES AND RESULTS

Given the uneven distribution of criteria response in Table 3, we questioned the ecological validity of the previously described criteria, and we decided a posteriori to examine in greater depth how the criteria were met. Table 3 shows that among participants presenting at least three criteria for dissociative schizophrenia, three participants met only the nonspecific criteria for dissociative schizophrenia (i.e., auditory hallucinations, extensive comorbidity, and severe childhood trauma). These criteria were present in 60% to 73% of those who were evaluated in the second phase. Thus, only 4 out of 15 (27%) also presented with dissociative symptomatology as assessed by Criteria 1, 2, and 3 (i.e., dissociative amnesia, depersonalization, and the presence of two or more distinct identities or states). Establishing a diagnosis of dissociative schizophrenia without dissociative symptoms appears illogical. For a diagnosis of dissociative schizophrenia to exist, the presence of at least one of the first three criteria (i.e., the presence of dissociative symptoms) should be mandatory. Thus, only 14% of our total sample met the new criteria for dissociative schizophrenia. The individual results of each of the seven participants meeting Ross's (2004) original criteria for dissociative schizophrenia are presented in Table 4, with the four participants meeting the modified criteria highlighted in gray. Clinical vignettes are provided next to illustrate the symptom presentation of the individuals meeting these criteria and to offer comparisons with the vignettes presented by Ross and Keyes (2009).

#### CLINICAL VIGNETTES OF INDIVIDUALS MEETING THE MODIFIED CRITERIA FOR DISSOCIATIVE SCHIZOPHRENIA

Participant 3 was a woman in her early 30s with a history of sexual abuse by her stepfather. She mentioned at least one manic episode and 10 episodes of depression, some with psychotic features and, at times, catatonic states when she no longer responded to stimuli (e.g., a slap in the face). She reported being hospitalized about 40 times and receiving electroconvulsive therapy at the age of 18. She described how from age 14 to about 20 she heard voices

**TABLE 4** Individual Results of the Seven Subjects Meeting Criteria for Dissociative Schizophrenia

ID	DES	Taxon <sup>a</sup>	PA	PN	EA	EN	SA	D	Diagnoses
2	23.57	50.35	5	12 <sup>M</sup>	15 <sup>M</sup>	15 <sup>M</sup>	5	0	Paranoid schizophrenia Alcohol dependence Cannabis dependence Panic disorder without agoraphobia
3	50.71	99.99	8	6	15 <sup>M</sup>	12	20 <sup>S</sup>	0	Schizoaffective disorder Alcohol dependence Major depressive episode Manic episode Dissociative identity disorder
5	25.71	50.35	9	6	13 <sup>M</sup>	12	16 <sup>S</sup>	1	Paranoid schizophrenia Alcohol dependence Cannabis dependence Social phobia Conduct disorder
7	34.11	99.39	15 <sup>S</sup>	8	10	15 <sup>M</sup>	8	0	Paranoid schizophrenia Major depressive episode Hypomanic episode
10	37.86	99.18	8	11 <sup>M</sup>	10	11	5	0	Schizoaffective disorder Alcohol dependence Cannabis dependence Panic disorder with agoraphobia Depersonalization Acute stress disorder
12	31.07	41.53	6	9	8	9	5	1	Schizoaffective disorder Alcohol dependence Cannabis dependence Panic disorder with agoraphobia Social phobia Depersonalization disorder Conduct disorder
13	28.93	83.81	8	12 <sup>M</sup>	18 <sup>S</sup>	15 <sup>M</sup>	8	0	Schizoaffective disorder Amphetamine dependence Generalized anxiety disorder Depersonalization disorder Avoidant personality disorder

Notes: Shading indicates subjects who met only the modified criteria for dissociative schizophrenia. DES = Dissociative Experiences Scale; PA = Physical Abuse; PN = Physical Neglect; EA = Emotional Abuse; EN = Emotional Neglect; SA = Sexual Abuse; D = Denial; M = moderate; S = severe.

<sup>a</sup>Chance of belonging to the pathological dissociation taxon (%).

telling her to mutilate or kill herself as well as had visual hallucinations of herself crucified. She reported having four internal characters: two men and two women, in addition to a group of men she called “men of control.” She had a visual image, name, and approximate age for each character who could take control of her body and make her do things against her will. Struggles arose at times between those who sought to protect her and those

who were antagonistic. Headaches and involuntary movements accompanied these struggles. Her voices also narrated her movements and intentions. She reported that she had written dialogues with them, her writing changing from one voice to another. She reported other symptoms, such as seeing “signs” (e.g., from music or TV), having the impression that people were talking about her on the subway, or thinking her food had been poisoned. She forgot parts of her past, although she felt that this could be due to the effects of the electroconvulsive therapy.

Participant 10 was a man in his late adolescence. He had felt his first symptoms a year ago and had been hospitalized twice. No trauma was reported, except occasional physical neglect. He described feeling as if he were in a film/dream, even in elementary school. He described often feeling as if he were next to himself, seeing himself doing something from an outside perspective, even having the impression of floating, as if he had no legs and his head had swelled like a balloon. He reported having had panic attacks at the age of 11 or 12 and having had at least three episodes of depression and mania since. One manic episode resulted in a psychotic episode. He described a number of visual, auditory, and olfactory hallucinations as well as thinking that people were talking about him (e.g., on television) and that the government could read and control his thoughts. This psychotic episode was even more traumatic given that he was sent to jail for assaulting someone, and he ended up being assaulted by other prisoners. He did not remember who he was and thought he was a police officer in training.

Participant 12 was a man in his early 30s and a regular consumer of drugs and alcohol. There were no reports of major trauma. His first symptoms occurred when he was about 15 years old and consisted of panic attacks. He was diagnosed with a panic disorder with agoraphobia and social phobia. He was hospitalized twice, the first time around the age of 30. He had three major depressive episodes with delusions related to a sense of persecution and auditory hallucinations. He heard the voices of people he knew who criticized or made jokes about him. On the DES, he reported that he did not remember some important events in his life. He strongly endorsed items about flashbacks or about living thoughts or dreams as if they were really happening. He frequently did not remember whether he had actually done something or just thought he had. He described often feeling distant from what was happening to the extent that, at times, he felt like he was two different people, although only for a few seconds. He reported several episodes of depersonalization on the bus, not remembering when he came in and sat down. Episodes of depersonalization were described as relaxing for him, except when he was outside of his body (which happened once a year), which caused a bit of anxiety. He did not report any confusion or alteration of identity.

Participant 13 was a man in his mid-20s and a regular consumer of drugs and alcohol. His first symptoms were anxiety, depressed mood, social

withdrawal, and feelings of anger. He consulted a psychiatrist at age 21 and had been hospitalized twice. He experienced moderate physical neglect and abuse and severe emotional neglect. He had one major depressive episode, described feeling depressed most of the time, and was diagnosed with generalized anxiety disorder. His central preoccupation seemed to be around his sense of reality. As a teenager, he felt that his life was a dream and that he could not always control his words or behavior. He occasionally thought that he alone was real and the rest of the world was unreal. He reported struggles within himself about opposites, namely abstract things such as chaos versus order, inhuman versus human, light versus darkness. He mentioned hearing voices every day in his head that commented or told him to do things. He communicated with his voices to make sense of reality. He also described reacting strongly to major changes. He reported having lost memories of his childhood when he became an adult. It felt like he had changed so much that he was no longer the same person. His memories returned after a few years, and he then felt that his identity was more integrated. In the same vein, he reported that he needed a few weeks after moving for his memories to come back because he had become detached from himself. Finally, he felt more mature inside than outside, finding he could not always recognize himself in his actions. This gap created uncertainty about his identity.

## DISCUSSION

### Absence of a Link Between the Trauma and Dissociation Scales

In the first phase of the study, the levels of trauma and dissociation were, unexpectedly, not related in our sample. Studies on childhood trauma and dissociation in psychotic populations generally report a link between these two variables, at either the total score or the subscale level ( $r = .20-.71$ ; Sar et al., 2010; Schäfer et al., 2006, 2012). However, this link was also found to be absent in a study conducted by Laddis and Dell (2012b). They postulated that it could be an artifact of dissociation measurement instruments being too inclusive in defining similar-appearing experiences as dissociation (Laddis & Dell, 2012a, 2012b). This hypothesis fits our data, given that some participants obtained relatively high/very high scores on the DES at baseline and, when assessed in the second phase with the SCID-D, did not prove to have a dissociative disorder. This also suggests that experiences rated on the DES may be more psychotic or delusional in nature than dissociative, even if they appear dissociative, although this is only evident after a thorough evaluation. In fact, Laddis and Dell (2012a) reflected this idea with the quote “All that glistens is not gold.” Schäfer et al. (2006) also underlined the limits of self-report measures of dissociation in individuals experiencing acute psychotic symptoms given the overlap in dissociative and psychotic symptoms.

### Prevalence of Dissociative Schizophrenia

In the second phase of the study, we found that a little less than a quarter of our total sample met the criteria for dissociative schizophrenia, which is consistent with what has been reported by others interested in defining a dissociative subgroup of individuals diagnosed with schizophrenia (Ross & Keyes, 2009; Sar et al., 2010). A closer examination of our results led us to propose a modification to Ross's (2004) criteria, making the presence of at least one of the three dissociative symptoms mandatory for establishing a diagnosis of dissociative schizophrenia. A much smaller proportion of individuals met the new criteria for a diagnosis of dissociative schizophrenia, causing us to question our results and the relevance of such a diagnosis.

One issue is that our calculation method has limits. Half of the initial group was excluded on the basis of a DES score below 15; perhaps some of the excluded individuals would have met the criteria for dissociative schizophrenia. This possibility, however, is small because a threshold of 15 on the DES is the lowest quoted in the literature for the detection of a dissociative disorder. Also, we had to assume that those who refused to take part in the second phase would yield similar results, although their mean DES score was lower. Thus, it is important to keep in mind that the reported percentages are estimates, especially because the sample was very small.

### Modification of the Criteria Set

We have proposed a modification to Ross's (2004) criteria to make the presence of at least one of the three dissociative symptoms mandatory for establishing a diagnosis of dissociative schizophrenia. Criteria 4 to 6 are not specific, as they were present in 60% to 73% of those who were evaluated in the second phase of our research. Other authors would argue that auditory hallucinations are in fact dissociative symptoms (Longden, Madill, & Waterman, 2012; Moskowitz & Corstens, 2007). Auditory hallucinations were more common than dissociative symptoms in persons scoring above 15 on the DES. Yet they were also present whether or not the person met the criteria (original or modified) for dissociative schizophrenia, whether or not the person also experienced other dissociative symptoms, and whether or not there was severe trauma in childhood. We also observed that the DES scores of individuals meeting the modified criteria were higher than the scores of those who met the original criteria. This would probably not have been the case had all auditory hallucinations reported been dissociative. The small sample size does not allow for an interpretation of this point, nor does it allow us to distinguish between dissociative and psychotic auditory hallucinations.

### Is There a Typical Clinical Portrait of Individuals Meeting the Criteria for Dissociative Schizophrenia?

The quantitative results of this study confirm that there is a subgroup of people who have both psychotic and dissociative symptomatology and, thus, correspond to the definition of dissociative schizophrenia made by Ross (2004) and operationalized by our modified criteria. However, a more comprehensive look at the clinical picture does not reveal a typical portrait. Participant 3 could be diagnosed with both dissociative identity disorder and schizophrenia using the *DSM-IV*, following Ross's diagnostic logic (Ross & Keyes, 2009). However, the primary disorder seemed to be dissociative identity disorder, with secondary psychotic features. Conceptually speaking, a diagnosis of schizophrenia would be incorrect in this case. Participant 10 presented dissociative (alteration/identity confusion) and psychotic symptoms that were intertwined with delusions, with dissociation present from childhood. Comorbidity could explain such a presentation, but a clear diagnosis was difficult to establish. Participant 12 seemed to have a psychotic disorder and a comorbid anxiety disorder; the dissociation appeared to be related to anxiety rather than being a primary disorder. Finally, Participant 13 appeared to have a psychotic disorder with symptoms of dissociative appearance. For example, his detachment provoked memory impairment, which could be dissociative, but that detachment seemed to result from having difficulty dealing with reality, which could be more psychotic in nature. So, misdiagnoses and comorbidity could explain the presence of concomitant psychotic and dissociative symptoms in most of the participants meeting the criteria for dissociative schizophrenia.

An intriguing finding, though, is that all four participants meeting the modified criteria for dissociative schizophrenia received a primary diagnosis of schizoaffective disorder, which is a controversial diagnosis in itself (Malaspina et al., 2013). This finding contradicts the results of Haugen and Castillo (1999), who found a greater prevalence of dissociative disorders in people with schizophrenia compared to people with schizoaffective disorder. However, more affectivity makes sense because high dissociators with a diagnosis of schizophrenia more often present with comorbid depression compared to low dissociators (Ross & Keyes, 2004). Yet our small sample limits interpretation, especially because some participants in the nondissociative schizophrenia group also received a diagnosis of schizoaffective disorder, but this finding would merit further attention in future studies on dissociation in schizophrenia.

### On the Relevance of Creating a Dissociative Subtype of Schizophrenia

Despite the fact that our quantitative data support the existence of a dissociative subtype of schizophrenia, the clinical picture is not as

clear. Furthermore, we question the benefit of creating a dissociative subtype of schizophrenia. Recognition of dissociation, when juxtaposed with schizophrenia, is only speculative. Indeed, psychiatrists are quite ambivalent about the validity of dissociative amnesia or dissociative identity disorder as diagnoses (Lalonde, Hudson, Gigante, & Pope, 2001). The solution lies in the recognition of dissociation by clinicians. Pursuing structured studies on dissociative disorders seems necessary for the recognition of the validity of this nosological category. It is also important to continue to clarify differences between psychotic and dissociative disorders to better determine what is apparently or fundamentally psychotic or dissociative symptomatology. Although we agree with Moskowitz, Read, Farrelly, Rudegear, and Williams (2009) about traumatic etiology and the dissociative nature of some psychotic symptoms, such as auditory hallucinations, we believe that there is a fundamental difference between schizophrenia and complex dissociative disorders such as dissociative identity disorder. Revising the definition of schizophrenia could help resolve the issue of an overlap with dissociative disorders (Moskowitz, 2012). Indeed, the validity of the diagnosis of schizophrenia has often been criticized (Bentall, 1993; Moskowitz, 2012), and it would be premature to propose any subtype of schizophrenia when the validity of the main diagnosis must still be proven. Furthermore, the *DSM-5* eliminated all schizophrenia subtypes given their lack of validity (American Psychiatric Association, 2013; Tandon, 2013).

Finally, it seems that a new diagnostic category to represent the co-occurrence of two syndromes might not be essential. Instead clinicians should be trained to have a more global understanding of the clinical presentation. There is currently a bias toward diagnosing a primary psychotic disorder as soon as psychotic symptoms are reported, often to the detriment of important comorbid disorders. Recognition of all symptoms, including dissociation, is even more important when there are effective treatments available (e.g., Brand et al., 2009). People presenting with psychotic and dissociative symptoms should receive both medication and psychotherapy focusing on traumatic experiences, when relevant. The quality of life of these individuals would be much improved.

#### REFERENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arns, P., Rogers, E. S., Cook, J., Mowbray, C., & Members of the IAPSRS Research Committee. (2001). The IAPSRS Toolkit: Development, utility, and relation to other performance measurement systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 43–52.

- Bentall, R. (1993). Deconstructing the concept of "schizophrenia." *Journal of Mental Health, 2*(3), 223–238.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. New York, NY: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*, 169–190.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease, 174*, 727–735.
- Brand, B., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C., & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(2), 153–171.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation, 6*(1), 16–27.
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., . . . Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *Journal of Nervous & Mental Disease, 197*, 892–898.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7–26.
- Haugen, M. C., & Castillo, R. J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous & Mental Disease, 187*, 751–754.
- Kluft, R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*(3), 293–298.
- Laddis, A., & Dell, P. F. (2012a). All that dissociation instruments measure is not dissociation: "All that glistens is not gold." *Journal of Trauma & Dissociation, 13*, 418–420.
- Laddis, A., & Dell, P. F. (2012b). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*, 397–413.
- Lalonde, J. K., Hudson, J. I., Gigante, R. A., & Pope, H. G., Jr. (2001). Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnoses. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 407–412.
- Longden, E., Madill, A., & Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin, 138*(1), 28–76.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., . . . Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders, 11*(3), 279–284.
- Malaspina, D., Owen, M. J., Heckers, S., Tandon, R., Bustillo, J., Schultz, S., . . . Carpenter, W. (2013). Schizoaffective disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research, 150*, 21–25. doi:dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.026
- Merckelbach, H., Muris, P., & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences, 26*, 961–967.

- Moskowitz, A. (2012). On the relation between trauma, dissociation, psychotic symptoms, and schizophrenia. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 6, 190–194.
- Moskowitz, A., & Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6(2–3), 35–63.
- Moskowitz, A., Read, J., Farrelly, S., Rudegeair, T., & Williams, O. (2009). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 521–533). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance [Validation of the French version of the CTQ and prevalence of the history of maltreatment]. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201–220.
- Ross, C. A. (2004). *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Ross, C. A., & Keyes, B. (2004). Dissociation and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 69–83.
- Ross, C. A., & Keyes, B. B. (2009). Clinical features of dissociative schizophrenia in China. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(1), 51–60.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596–601.
- Sar, V., Taycan, O., Bolat, N., Ozmen, M., Duran, A., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33–40.
- Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., . . . Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: Relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 364–371.
- Schäfer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., . . . Naber, D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: An exploratory study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(2), 135–138.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 146–163.
- Steinberg, M., Hall, P., Lareau, C., & Cicchetti, D. V. (2001). Recognizing the validity of dissociative symptoms using the SCID-D-R: Guidelines for clinical and forensic evaluations. *Southern California Interdisciplinary Law Journal*, 10(2), 225–242.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050–1054.
- Tandon, R. (2013). Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 16–19.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.

- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 499–510.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., . . . Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, *14*(4), 291–299.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed? *Comprehensive Psychiatry*, *40*(3), 182–191.