

Trouble dissociatif de l'identité : un regard sur le rôle de la cohérence de l'histoire de vie

MARIE-MICHELLE PEDROS
Université de Montréal

Le modèle post-traumatique (Davison, Blankstein, Flett, & Neale, 2008) est le modèle explicatif du trouble dissociatif de l'identité (TDI) qui retient le plus l'attention de la communauté scientifique actuellement. L'hypothèse à la base de celui-ci est la suivante: le TDI se développerait chez des individus ayant vécu, dans l'enfance, des traumatismes multiples et sévères. Par contre, ce modèle ne permet pas d'expliquer pourquoi certains individus ayant subi un traumatisme durant l'enfance développeront le TDI, alors que d'autres non. Le présent article propose un modèle intégrant les hypothèses du modèle post-traumatique et celles de la théorie de la cohérence de l'histoire de vie : le modèle intégratif du TDI. En effet, ce nouveau modèle émet l'hypothèse qu'un individu ayant une histoire de vie incohérente due à une non intégration du traumatisme serait plus à risque de développer une psychopathologie comme le TDI, en lien avec une certaine vulnérabilité génétique.

Mots-clés : trouble dissociatif de l'identité, histoire de vie, « narratives », modèle post-traumatique, cohérence

During the last several decades, many theories have tried to explain dissociative identity disorder (DID). Currently, the post-traumatic model (Davison, Blankstein, Flett, & Neale, 2008) is most commonly used by scientists to explain this disorder. The main hypothesis of this model states that a person who has endured multiple severe traumas in his or her childhood is more inclined to develop DID. However, this model does not answer a critical question: how can we explain why, of the many people who experience similar trauma, some develop DID and some do not? The present article suggests an alternate model, an integrative model of DID that combines the coherent life story hypothesis with the post-traumatic model. This new model suggests that because of genetic vulnerability, a person with an incoherent life story due to non-integration of traumatic events would develop DID.

Keywords: dissociative identity disorder, life story, narratives, post-traumatic model, coherence

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI), auparavant appelé trouble de personnalité multiple, est répertorié dans la 4^e édition révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatry Association [APA], 2000). Le TDI se

présenterait chez un individu sous la forme de deux ou plusieurs identités distinctes : des « alters ».

Il est important de comprendre que ces « alters » sont en fait différents aspects d'une même identité plutôt qu'une profusion d'identités (Gleaves, 1996). Les « alters » prendraient donc le contrôle du comportement de l'individu en alternance, en amenant, par le fait même, une amnésie par rapport à certains événements (APA, 2000). De plus, certains symptômes ou sensations semblent être associés au TDI : sévères céphalées, distorsions et lacunes temporelles, dépersonnalisation et déréalisation (Merck Research Laboratories [MRL], 1999). Certains patients présentent aussi des symptômes schneidériens comme entendre des voix ou avoir l'impression de vivre une situation de façon passive (Davison, Blankstein, Flett, & Neale, 2008; Debecker, Lesnicki, & Vermorel-Rondreux, 2007; Gleaves, 1996). Le TDI aurait une

Je tiens à remercier Roxane de la Sablonnière Ph.D., qui pousse ses étudiants vers l'excellence et le dépassement de soi. Je remercie aussi Melissa Stawski pour son aide précieuse ainsi que tous les évaluateurs qui, par leurs commentaires, ont aidé à faire progresser mes idées et à construire un travail dont je suis fière. Merci à Monique Blouin et Felice De Santis pour leurs corrections et commentaires pertinents. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Marie-Michelle Pedros, Université de Montréal (courriel : michelle.pedros@umontreal.ca).

prévalence de 1% dans la population nord-américaine (Michelson & Ray, 1992) et de 3 à 4% chez les patients psychiatriques hospitalisés (MRL, 1999).

Malgré l'existence de tels critères diagnostiques, le TDI est considéré comme difficile à diagnostiquer. Une des raisons est sa grande comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles de la personnalité, présents chez 80% des cas de TDI (Debecker et al., 2007). De plus, certains symptômes ou comportements associés au TDI sont communs à d'autres affections psychiatriques comme la schizophrénie paranoïde et le trouble bipolaire à cycles rapides, ce qui peut entraîner un erreur (Debecker et al., 2007). Il est donc nécessaire de se pencher davantage sur le TDI, afin de pouvoir formuler des diagnostics clairs, tout en diminuant le risque d'erreur. Une meilleure compréhension du trouble permettrait par ailleurs aux cliniciens de venir en aide de façon plus adéquate aux individus diagnostiqués, en élaborant des traitements appropriés.

À ce jour, le modèle post-traumatique est celui qui a apporté le plus d'explications pertinentes concernant les causes du développement d'un tel trouble (Davison et al., 2008; Debecker et al., 2007; Gleaves, 1996; Michelson & Ray, 1992). L'hypothèse principale de ce modèle est que le TDI se développerait chez des individus ayant vécu, dans l'enfance, des traumatismes multiples et sévères. Cependant, le modèle post-traumatique ne répond pas à certaines questions. Par exemple, il ne permet pas d'expliquer, chez deux individus ayant vécu des traumatismes infantiles similaires, ce qui différencie un individu ayant développé un TDI d'un individu ne l'ayant jamais développé? Pour répondre à cette question, un nouveau modèle théorique est proposé : le modèle intégratif du TDI. Ce modèle est basé sur les idées du modèle post-traumatique et y intègre des éléments de la théorie de la cohérence de l'histoire de vie (Baerger & McAdams, 1999; Bruner, 1986; Caprara & Cervone, 2000; Linde, 1993; McAdams, 2001; McNamee & Gergen, 1992). De plus, certains éléments de la théorie stress-diathèse sont incorporés au modèle proposé. La présentation du modèle intégratif du TDI sera précédée de celle du modèle post-traumatique et de la théorie de la cohérence de l'histoire de vie.

Modèle post-traumatique

Le modèle post-traumatique est le modèle du TDI qui retient le plus l'attention de la communauté scientifique à l'heure actuelle. Celui-ci est basé sur des données cliniques qui ont aidé à formuler des hypothèses étiologiques. En effet, des études menées auprès de populations cliniques montrent que 70 à 90% des individus ayant été diagnostiqués avec un TDI ont vécu, dans leur enfance, des traumatismes multiples et sévères (Debecker et al., 2007). De surcroît, d'autres études présentent des chiffres encore plus élevés, notamment celle de Michelson et Ray (1996) qui affirment que 97% des patients ayant un TDI rapportent avoir subi des abus durant l'enfance. De nombreux auteurs soutiennent qu'une fréquence élevée d'abus durant l'enfance serait intrinsèquement liée au développement de symptômes dissociatifs (Bagley & King, 1990; Bliss, 1980; Chu & Dill, 1990; Coons, Bowman, & Milstein, 1988; Kluft, 1987; Michelson & Ray, 1996; Otnow, Yeager, Swica, Pincus, & Lewis, 1997; Putnam, 1993; Putnam, Guroff, Silberman, Barban, & Post, 1986; Wilbur, 1984). Ce lien entre les abus subis durant l'enfance et le développement de symptômes dissociatifs se trouve au fondement du modèle post-traumatique et vise à expliquer la présence d'un tel trouble chez certains individus.

À cet égard, il est important de préciser que les abus subis par les individus ayant développé un TDI sont généralement extrêmes. En plus des abus physiques et sexuels s'ajoutent des tortures de toutes sortes. Par exemple, certains auteurs rapportent des cas d'enfants enterrés vivants à des fins de discipline ou encore des jeunes forcés à regarder des animaux se faire mutiler (Michelson & Ray, 1996; Putnam, 1993). Ces jeunes se sont retrouvés dans des situations où ils ont eu peur pour leur vie, sans ressource ni support (Goodwin, 1985; Kluft, 1984; Kluft, 1985; Michelson & Ray, 1996). C'est pourquoi il est souvent question de traumatismes infantiles graves lorsque l'on qualifie la nature des abus ayant mené au développement d'un TDI.

Ainsi, le modèle post-traumatique permet d'expliquer le lien entre le TDI et les abus infantiles. En fait, il explique que l'enfant vivant ces abus infantiles risque de se dissocier des événements afin de se protéger contre la douleur, ce qui l'amènerait à développer un TDI (Debecker et al., 2007; Gleaves, 1996). En d'autres termes, l'enfant se protégerait

psychologiquement en faisant vivre son expérience traumatique à un « alter ». L'enfant développerait ainsi une amnésie de certains événements, cédant ses souvenirs à son « alter ». Le TDI serait donc une forme de mécanisme de défense contre des émotions trop difficiles à supporter (Debecker et al., 2007; Gleaves, 1996; Kluff, 1984; Michelson & Ray, 1996).

Le modèle post-traumatique contribue aussi à la compréhension de l'évolution du trouble de l'enfance à l'âge adulte. En fait, le TDI est un trouble chronique qui débute à l'enfance, soit entre 5 et 10 ans (Debecker et al., 2007). Par contre, le diagnostic n'est généralement posé qu'à l'âge adulte (Debecker et al., 2007; Otnow et al. 1997). Cela peut s'expliquer entre autres par la façon dont se manifestent les symptômes du TDI chez un jeune enfant : les changements rapides d'humeur et de comportement, les changements dans les facultés mnésiques, les hallucinations visuelles et auditives, et l'impression très vive d'avoir un compagnon imaginaire, en sont des exemples. Ces symptômes sont souvent diagnostiqués, à tort, comme étant des troubles de l'attention, de l'apprentissage ou encore du comportement (Putman, 1993). Le fait que les manifestations du TDI dans l'enfance puissent être perçues comme étant la cause d'une autre trouble psychologique permet donc de comprendre pourquoi le diagnostic ne se fait généralement que plus tard dans la vie de l'individu.

Bref, ce modèle fait le lien entre le développement de la maladie et les événements vécus dans l'enfance. Pourtant, le modèle post-traumatique ne permet pas d'expliquer pourquoi certains enfants ayant vécu des traumatismes multiples et sévères développent un TDI, alors que d'autres ne le développeront jamais. En réalité, il existe beaucoup plus de cas d'individus ayant subi des sévices lorsqu'ils étaient enfants que le nombre de cas de TDI diagnostiqués (Bagley & King, 1990; Michelson & Ray, 1996). Il manque donc certaines variables au modèle post-traumatique afin de clarifier le lien entre les traumatismes vécus dans l'enfance et le développement d'un TDI. En d'autres mots, il reste à préciser ce qui amènera un enfant à développer un TDI suite aux traumatismes qu'il a vécus.

Dans le cadre de travaux antérieurs, des hypothèses ont néanmoins été avancées afin de combler cette lacune. Une de ces hypothèses a été émise par Bliss (1983; Davison et al., 2008; Debecker et al., 2007) qui

soutient que pour développer un TDI, les enfants doivent avoir une forte capacité d'entrer en état d'hypnose. Selon Bliss (1983; Davison et al., 2008; Debecker et al., 2007), lorsque confronté à une situation traumatisante, l'enfant entrerait en état d'autohypnose et déléguerait ainsi à un « alter » la tâche de vivre la situation à sa place. L'hypothèse de Bliss (1983; Davison et al., 2008; Debecker et al., 2007) a été appuyée par des études empiriques dans lesquelles des patients ayant un TDI ont rempli des questionnaires mesurant la capacité d'un individu à entrer en état d'hypnose (Debecker et al., 2007; MRL, 1999). Cependant, certains individus ne souffrant d'aucune psychopathologie connue ont obtenu des résultats similaires à ceux des individus ayant un TDI à ces questionnaires (Davison et al., 2008; Debecker et al., 2007). Ces résultats démontrent que l'autohypnose n'est pas une variable suffisante pour expliquer pourquoi les enfants ayant vécu un traumatisme sévère ne développent pas tous un TDI. Lynn, Rhue et Green (1988) ont proposé une hypothèse semblable : les enfants ayant vécu des traumatismes sévères et ayant une grande propension aux fantasmes seraient plus vulnérables au développement d'un TDI. L'hypothèse de Lynn et al. (1988) a été testée et les résultats obtenus sont similaires à ceux de Bliss (1983). Aucune autre hypothèse n'a été émise pour répondre à cette lacune du modèle post-traumatique qui peut être résumée par la question suivante: qu'est-ce qui fait qu'un individu va développer un TDI à la suite de traumatismes infantiles graves alors qu'un autre individu ayant une expérience de vie similaire n'en développera pas ?

Modèle de la cohérence de l'histoire de vie

Le concept d'histoire de vie fait référence à la construction narrative qu'un individu se fait des événements qui se sont produits dans sa vie, lui donnant ainsi un sentiment d'unité et d'identité (Baerger & McAdams, 1999; Caprara & Cervone, 2000; McAdams, 2001). En fait, chaque individu a sa propre histoire de vie qui est organisée selon sa conception subjective de son passé, de son présent et de son futur (Linde, 1993). Les histoires de vie permettent à un individu de relier les différents événements qu'il a vécus dans le passé et qui font partie intégrante de lui et de qui il est (Bruner, 1986; McNamee & Gergen, 1992). Il existe certaines normes informelles ou suppositions collectives concernant le

TDI ET COHERENCE DE L'HISTOIRE DE VIE

contenu de ces histoires. En général, les histoires de vie devraient toutes plus ou moins suivre un patron similaire, c'est-à-dire que dans une même société et à une même époque, les individus vivent majoritairement des événements semblables au cours de leur vie (Baerger & McAdams, 1999). Par contre, lorsque les événements vécus par un individu détonnent drastiquement de ce que vit la majorité des gens, de la confusion, de l'insatisfaction et un désir de ne pas intégrer ces événements dans son histoire de vie pourraient se manifester chez cet individu (Baerger & McAdams, 1999). Diverses études démontrent même que certaines personnes désirent tellement que leur histoire de vie soit en accord avec ce patron informel qu'elles sont prêtes à inventer ou modifier des éléments de leur histoire afin de s'y conformer (Applebee, 1978; Baerger & McAdams, 1999; Mandler, 1984). D'où l'importance d'un second concept : la cohérence.

La cohérence est un critère qui permet de juger de la qualité d'une histoire de vie. Ce concept fait partie d'un modèle élaboré par Baerger et McAdams (1999) qui comprend quatre volets d'évaluation. Ce modèle a été créé pour faciliter et rendre plus objective l'évaluation des histoires de vie. Le premier volet évalué est *l'orientation de l'histoire*, au cours duquel on cherche à vérifier si l'individu met son interlocuteur en contexte lorsqu'il raconte son histoire. Le second volet évalué est *la structure*, par lequel on s'assure que les événements sont racontés selon une certaine chronologie. Le troisième volet s'attarde aux *émotions* : on cherche à voir si les événements racontés

par l'individu lui procurent des émotions ou une certaine sensibilité. Le quatrième et dernier volet détermine si les différents éléments qui devraient faire partie du récit de l'individu sont intégrés en un tout : il s'agit de *l'intégration* (Baerger & McAdams, 1999). De plus, l'histoire de vie racontée par un individu doit être en accord avec ce que l'on connaît déjà de cette personne. Autrement dit, les motivations principales, les buts, les conflits centraux et les expériences racontées doivent être directement liés au vécu de l'individu (Baerger & McAdams, 1999). Tous ces volets d'évaluation permettent de juger de la cohérence entre l'histoire de vie racontée par un individu et les événements réels qui se sont produits dans sa vie.

À cet égard, Baerger et McAdams (1999) établissent un lien entre la santé mentale et le fait d'avoir une histoire de vie cohérente et bien intégrée. White et Epston (1990) vont également dans ce sens en suggérant que chaque individu a la tâche d'organiser les événements et expériences vécus en un récit temporel qui leur correspond et qui leur semble cohérent. La réussite de cette tâche serait liée à un bien-être psychologique et à un sentiment d'accomplissement. À l'opposé, un échec pourrait faire naître des sentiments de discontinuité, de détachement, voire même mener à la psychopathologie (Baerger & McAdams, 1999; White & Epston, 1990). Par exemple, un individu ayant une histoire de vie constituée de problèmes et d'expériences douloureuses pourrait avoir de la difficulté à accomplir cet exercice d'intégration, ce qui serait lié à un sentiment d'échec et de

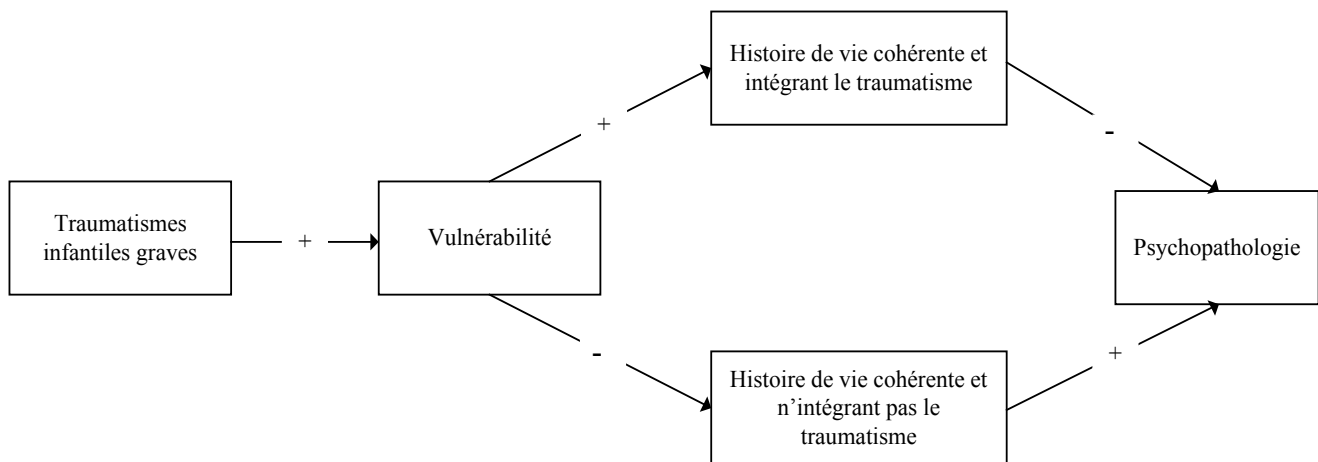


Figure 1. Modèle intégratif du TDI: modèle théorique expliquant le lien possible entre le développement d'un TDI et la cohérence de l'histoire de vie à la suite d'un traumatisme infantile grave et selon la vulnérabilité de l'individu.

discontinuité encore plus grand et pouvant mener à la psychopathologie. Il est certain que le degré de psychopathologie que peut vivre un individu en lien avec une incohérence dans son histoire de vie dépend de l'importance de cette incohérence. En d'autres termes, une histoire de vie peut être incohérente de plusieurs façons et le modèle d'évaluation élaboré par Baerger et McAdams (1999) permet d'identifier ces incohérences. Différentes incohérences peuvent être liées plus ou moins fortement à différents types et degrés de psychopathologie, allant de la dépression à des troubles plus importants. Par exemple, Baerger et McAdams (1999) ont obtenu des résultats montrant que la dépression avait une corrélation négative significative avec les volets structure, émotion et intégration du modèle d'évaluation de la cohérence de l'histoire de vie. D'autres types d'incohérence dans l'histoire de vie d'un individu peuvent donc mener, plus ou moins fortement, à d'autres formes de psychopathologie.

Bref, le concept de cohérence de l'histoire de vie fait le lien entre la façon dont un individu perçoit les événements qu'il a vécu et l'impact que cela peut avoir sur sa santé mentale. De plus, le modèle de Baerger et McAdams (1999) contribue à la littérature sur le sujet, puisqu'il offre une façon d'évaluer le concept de manière beaucoup plus objective et impartiale et de lier les divers niveaux d'incohérence à différentes formes de psychopathologie.

Modèle théorique proposé : Le modèle intégratif du TDI

La majorité des auteurs s'entendent pour dire que le modèle post-traumatique du TDI est le modèle le plus important sur le sujet (Davison et al., 2008; Debecker et al., 2007; Gleaves, 1996; Michelson & Ray, 1996). Son hypothèse principale est que le TDI se développerait chez des individus ayant vécu, dans l'enfance, des traumatismes multiples et sévères. Cependant, ce modèle comporte une faille importante puisqu'il ne permet pas d'expliquer, chez deux individus ayant vécu des traumatismes infantiles similaires, ce qui différencie un individu ayant développé un TDI d'un autre n'ayant jamais développé ce trouble. Afin de pallier à ce manque du modèle post-traumatique, le modèle théorique proposé ci-dessous suggère un lien entre le développement d'un TDI et la cohérence de l'histoire de vie. En effet, chaque individu a sa propre histoire de vie : une construction

narrative dans laquelle les différents événements vécus sont intégrés et organisés en un tout cohérent (Baerger & McAdams, 1999; Bruner, 1986; Linde, 1993; McNamee & Gergen, 1992). La cohérence est due à plusieurs facteurs, notamment ceux énumérés par Baerger et McAdams (1999) dans leur modèle de la cohérence de l'histoire de vie : l'orientation, la structure, les émotions et l'intégration. Normalement, accomplir la tâche de réaliser cette construction narrative avec succès, c'est-à-dire avec cohérence, serait lié à un bien-être psychologique et à un sentiment d'accomplissement (Baerger & McAdams, 1999; White & Epston, 1990). Par contre, lorsqu'un individu vit des événements qui détonnent drastiquement par rapport à ce que vivent la majorité des gens, tel qu'un traumatisme, la tâche d'intégration prend un autre sens. En effet, il existe un patron informel auquel les gens désirent généralement que leur histoire ressemble. Ce patron informel est constitué d'une série d'événements que vivent la majorité des individus d'une même société à une même époque (Baerger & McAdams, 1999). Lorsqu'un individu vit des événements qui ne correspondent pas à ce patron informel, il risque de ressentir de la confusion, de l'insatisfaction et désirer ne pas intégrer ces événements à son histoire de vie (Applebee, 1978; Baerger & McAdams, 1999; Mandler, 1984). La non-intégration des événements divergents du patron informel pourrait mener à une incohérence de l'histoire de vie et ainsi avoir des répercussions importantes sur l'individu concerné. En fait, cela pourrait être lié à des sentiments de discontinuité et de détachement ainsi qu'à un risque élevé de développer une psychopathologie (Baerger & McAdams, 1999; White & Epston, 1990) comme le TDI.

Le modèle intégratif du TDI propose donc qu'un individu ayant vécu des traumatismes infantiles graves, détonnant du patron informel d'événements généralement vécus par les gens du même âge, se trouverait dans l'incapacité d'intégrer ces événements à son histoire de vie et de créer un tout cohérent et unifié. Il risque ainsi davantage de se représenter son histoire de vie de manière discontinue et insatisfaisante (Applebee, 1978; Baerger & McAdams, 1999; Mandler, 1984; White & Epston, 1990). Cette incohérence amènerait l'individu à développer une psychopathologie comme le TDI afin de se protéger psychologiquement, enclenchant les mécanismes de défense comme la dissociation. Ce mécanisme a pour but d'amener l'enfant à céder à un « alter » la tâche de

vivre les événements traumatisants à sa place (Debecker et al., 2007; Kluft, 1984; Michelson & Ray, 1996). Le fait de céder à un « alter » cette tâche aiderait donc l'enfant à pallier ce manque de cohérence puisque les événements impossibles à intégrer ne lui appartiendraient plus. Bref, le modèle intégratif du TDI propose que l'intégration d'événements traumatiques dans l'histoire de vie soit directement liée à la cohérence qui serait elle-même liée de façon corrélationnelle à la psychopathologie et au TDI. Autrement dit, chez deux individus ayant vécu des traumatismes infantiles similaires, la différence entre celui qui développe un TDI et celui qui n'en développera jamais pourrait se situer au plan de l'intégration des traumatismes à l'histoire de vie.

Toutefois, cette hypothèse soulève une autre question pertinente : pourquoi certaines personnes réussissent-elles à intégrer les événements traumatisants à leur histoire de vie, alors que d'autres non? Le modèle intégratif du TDI répond à cette question en incluant une variable médiatrice : la vulnérabilité. En effet, cette variable prend sa source dans la théorie du stress-diathèse (Davison et al., 2008; Kendler, Myers, & Prescott, 2002; Pynoos, 1999). Cette théorie lie les facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques qui peuvent avoir un impact sur un individu au cours de sa vie (Davison et al., 2008). En fait, la théorie du stress-diathèse montre qu'il y aurait interaction entre la prédisposition (vulnérabilité) d'un individu à développer une pathologie et les perturbations de l'environnement en lien avec le niveau de stress qu'elles génèrent (Davison et al., 2008; Kendler et al., 2002; Pynoos, 1999). La prédisposition ou vulnérabilité d'un individu s'exprime généralement sous forme biologique ou génétique et c'est un élément important à considérer dans le développement d'une psychopathologie. Un individu ayant une forte vulnérabilité génétique au développement d'une maladie mentale et qui est exposé à un environnement stressant a de fortes chances de développer une psychopathologie. À l'inverse, un individu ayant des gènes résilients, le protégeant d'éventuels chocs, a très peu de chances de développer une psychopathologie, même s'il est confronté à un environnement stressant (Davison et al., 2008; Kendler et al., 2002; Pynoos, 1999). Ainsi, le modèle intégratif du TDI propose que le niveau de vulnérabilité d'un individu a un impact sur sa capacité à faire face à un événement traumatisant et à l'intégrer à son histoire de vie. Un individu plus résilient serait

capable de faire face à des événements associés à un niveau de stress très élevé sans ressentir le besoin de se dissocier de ces événements. À l'opposé, un individu très vulnérable, confronté à des événements stressants similaires, aura plus de difficulté à y faire face et pourrait ressentir un besoin de se dissocier des événements en ne les intégrant pas à son histoire de vie. Bref, le modèle intégratif du TDI propose qu'un individu ayant vécu un traumatisme infantile grave, en plus d'avoir une forte vulnérabilité génétique à développer une psychopathologie, augmente son risque d'avoir une histoire de vie incohérente et ainsi de développer une affection psychologique comme le TDI.

Conclusion et orientations futures

En conclusion, le TDI a fait l'objet de plusieurs théories et modèles au fil des ans. Le modèle post-traumatique est certainement le plus reconnu, autant chez la communauté scientifique que des cliniciens. L'hypothèse principale de ce modèle est que le TDI se développerait chez des individus ayant vécu, dans l'enfance, des traumatismes multiples et sévères. Par contre, le modèle demeure incomplet puisqu'il ne permet pas de comprendre pourquoi un individu risque de développer un TDI à la suite d'un traumatisme infantile grave alors qu'un second individu au vécu similaire n'en développera pas. Le modèle intégratif du TDI proposé ci-haut intègre une nouvelle variable qui répond à ce manque du modèle post-traumatique : la cohérence de l'histoire de vie. Le modèle est aussi renforcé par une variable médiatrice, soit la vulnérabilité, qui lie le tout. Ces variables permettent de mieux comprendre pourquoi le fait de vivre des événements traumatiques peut mener au développement d'un TDI.

En dépit de la validité théorique des nouvelles variables proposées, le modèle intégratif du TDI devrait éventuellement être testé au moyen d'une étude menée auprès de la population cible, soit les individus ayant un diagnostic de TDI, portant sur la représentation de leur histoire de vie. Les participants à l'étude pourraient être comparés à un groupe d'individus ayant subi des traumatismes infantiles graves, mais n'ayant jamais été diagnostiqués avec un TDI. Pour arriver à opérer une entrevue structurée et objective, les études de Baerger et McAdams (1999) pourraient être très utiles et servir de référence. Ces études ayant mené au développement d'une

codification des réponses des participants lors d'entrevues permettraient ainsi d'obtenir des résultats plus précis et objectifs.

Il serait aussi intéressant d'intégrer le concept de cohérence de l'histoire de vie dans les thérapies de patients atteints d'un TDI. Cela permettrait de voir si ce nouveau concept a un impact sur le traitement. Ainsi, les thérapies pourront viser directement à essayer de rétablir cette cohérence afin de permettre aux individus ayant un TDI de retrouver une vie normale et de diminuer leur souffrance. Baerger & McAdams (1999; McAdams, 1996) ont entre autre fait référence à la thérapie narrative comme moyen pour rétablir la cohérence. Ce type de thérapie consiste en la construction d'une histoire de vie alternative à l'histoire problématique et conflictuelle que s'est construite un individu. La nouvelle histoire de vie est construite par le patient conjointement avec son thérapeute.

De plus, comme le changement se fait par étapes, il serait intéressant d'observer ces étapes chez un patient ayant un TDI et d'évaluer leur progression. Prochaska et Norcross (2001) ont décrit ces étapes ou stades liés à l'efficacité des traitements sur le patient. Ces stades (préréflexion, réflexion, préparation, action, maintien, conclusion) constituent le processus de changement qui s'opère chez un individu et dans la relation thérapeutique. Ce modèle des stades de changement ou « stages of change » (Prochaska & Norcross, 2001) pourrait apporter un regard nouveau sur la thérapie narrative (Baerger & McAdams, 1999; McAdams, 1996) et fournir de nouvelles informations concernant les patients ayant un TDI. Il pourrait aussi être très utile dans le choix d'un thérapeute par le patient puisque ce modèle indique que la relation thérapeutique doit être choisie en fonction du stade où se situe le patient afin que le travail soit efficace. En d'autres mots, la qualité de l'appariement entre le thérapeute et le patient est garant du succès de la thérapie et de ses répercussions (Prochaska & Norcross, 2001).

Bref, toutes ces informations recueillies pourraient aider grandement les cliniciens à traiter leurs patients de façon plus adéquate et mener vers une meilleure compréhension d'une psychopathologie complexe et captivante : le trouble dissociatif de l'identité.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Applebee, A. N. (1978). *The child's concept of a story*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narratives Inquiry*, 9, 69-96.
- Bagley, C., & King, K. (1990). *Child sexual abuse*. New York, NY: Tavistock/ Routledge.
- Bliss, E. L. (1980). Multiple personality: A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1388-1397.
- Bliss, E. L. (1983). Multiple personalities, related disorders, and hypnosis. *American Journal of Clinical hypnosis*, 26, 114-123.
- Bruner, E. (1986). Experience and its expressions. In V. Turner & E. Bruner (Eds), *Anthropology of experience* (pp. 3-30). Chicago, IL: University of Illinois Press.
- Caprara, G. V., & Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519-527.
- Davison, G. C., Blankstein, K. R., Flett, G. L., & Neale, J. M. (2008). *Abnormal psychology* (3rd ed.). Mississauga, ON: John Wiley & Sons Canada.
- Debecker, N., Lesnicki, N., & Vermorel-Rondreux, M. (2007). Les troubles dissociatifs de l'identité: Un concept discuté. *Louvain Médical*, 126, 133-140.
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A re-examination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.
- Goodwin, J. (1985). Credibility problems in multiple personality disorder patients and abused children. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 1-19). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

- Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2002). The etiology of phobias: An evaluation of the stress-diathesis model. *Archives of General Psychiatry*, 59, 242-248.
- Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.
- Kluft, R. P. (1985). The treatment of multiple personality disorder (MPD): Current concepts. In F. F. Flach (Ed.), *Directions in Psychiatry* (pp. 1-11). New York, NY: Hatherleigh.
- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 38, 363-373.
- Linde, C. (1993). *Life stories: The creation of coherence*. New York: Oxford University Press.
- Lynn, S.J., Rhue, J.W., & Green, J.P. (1988). Multiple personality and fantasy proneness: Is there an association or dissociation? *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 138-142.
- Mandler, J. (1984). *Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7, 295-321.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 267-279.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1992). *Therapy as social construct*. London, ON: SAGE Publications.
- Merck Research Laboratories. (1999). *The merck manual seventeenth edition*. Whitehouse Station, NJ: Author.
- Michelson, L. K., & Ray, W. J. (1996). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York, NY: Plenum.
- Otnow, D. L., 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 Psychiatric Association*, 154, 1703-1710.
- Prochaska, J. O., & Norcross J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 38, 443-448.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17, 39-45.
- 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.
- Pynoos, R. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: W.W. Norton.
- Wilbur, C. B. (1984). Multiple personality and child abuse: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 3-7.

Reçu le 17 juin 2009

Révision reçue le 5 décembre 2009

Accepté le 20 janvier 2010 ■