

La dissociation traumatique déclenchée par la Covid-19. Vignette Clinique**Traumatic dissociation triggered by Covid-19. Clinical Vignette****Kharchi Assia^{1,*}**¹Université d'Alger2 (Algérie), assia.kharchi@univ-alger2.dz

Reçu le: 25/ 10 /2022

Accepté le: 14/ 11 / 2022

Publié le: 15/ 12 / 2022

Résumé :

Le traumatisme psychologique provoque souvent des ravages dans l'ensemble du psychisme humain, affectant sévèrement les personnes dans tous les secteurs de leur vie. Ce problème psychologique peut à terme se complexifier et donner naissance à des troubles dissociatifs. Le concept de dissociation est aujourd'hui central dans la compréhension et la prise en charge des troubles psycho-traumatiques. L'objectif de cette étude est d'abord de revenir sur l'historique du concept, nous envisagerons les aspects cliniques et étiologiques des troubles dissociatifs. Puis, nous illustrerons un cas clinique, présentant un état de dissociation traumatique déclenché par l'évènement traumatique ayant un rapport avec la Covid-19.

Mots-clés : dissociation traumatique, troubles dissociatifs, état de stress post traumatique, Covid-19

Abstract:

Psychological trauma often wreaks havoc throughout the human psyche, severely affecting people in all areas of their lives. This psychological problem can eventually become more complex and give rise to dissociative disorders. The concept of dissociation is today central in the understanding and management of psycho-traumatic disorders. This study aims firstly, to review the history of the concept, we will consider the clinical and etiological aspects of dissociative disorders. Secondly, we will illustrate a clinical case presenting a traumatic dissociation state triggered by the traumatic event related to Covid-19.

Keywords: traumatic dissociation, dissociative disorders, post-traumatic stress disorder, Covid-19

1. Introduction

A l'instar des autres pays, l'Algérie a été touchée par la pandémie Covid-19 à partir du 25 février 2020. Les travaux sur la Covid-19 ont recensé des conséquences psychopathologiques du confinement : L'ennui, l'isolement social, le stress, le manque de sommeil, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les conduites suicidaires, les conduites addictives et les violences domestiques (Mengin et al., 2020).

En Algérie la plupart des recherches sont encore en cours. Une enquête en ligne menée sur un échantillon de 678 personnes, a révélé que 50,3% des répondants présentaient des symptômes d'anxiété durant les trois premières semaines du confinement, 48,3% se sentaient stressés, 46,6% se sentaient de mauvaise humeur et 47,4% avaient des pensées récurrentes sur l'épidémie et les moyens de protection (Djilali et al., 2021).

L'impact de la pandémie Covid-19 et le confinement sur la santé mentale des individus est éventuellement lié à un traumatisme subi durant la vie, réactivé par la Covid-19 et pourra causer un état psychologique qui témoigne d'une souffrance de la personne sur tous les niveaux, à travers cette étude l'accent sera mis sur cet état révélé par une patiente traumatisée par cette maladie.

2. Le problème

Dans cette étude, notre intérêt consiste à montrer que l'état de dissociation traumatique peut être déclenché par l'évènement traumatique notamment la Covid-19, et peut trouver ses racines dans des expériences traumatisantes anciennes subies à l'enfance.

Selon Salmona (2008-2012) le recours à ces conduites dissociatives peut s'expliquer par le fait que la vie peut devenir un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur pour une victime traumatisée. Il lui faut une vigilance à chaque instant et des conduites d'évitement et de contrôle épuisants pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. Très tôt les victimes découvrent la possibilité de s'anesthésier émotionnellement face à ces possibilités d'allumage de mémoires traumatiques en recourant à des conduites dissociantes (Salmona, 2013).

Ces conduites peuvent être assimilées aux des troubles dissociatifs, dont les cinq syndromes actuellement retenus dans le DSM-5 sont, le trouble dissociatif de l'identité, de l'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, le trouble de dépersonnalisation/déréalisation (Josse, 2013).

L'étude de Felitti et Adda (2010) aux Etats-Unis a montré qu'avoir subi des violences dans l'enfance est l'un des déterminants principaux de la santé, même 50 ans après, si aucune prise en charge n'est mise en place. Les conséquences sur la santé sont à l'une des violences subis, plus les violences ont été graves et répétées, plus les conséquences sont importantes, avec des risques très élevés de mort précoce par accident, maladie et suicide, maladies cardio-vasculaire, respiratoires...etc (cité par Coutanceau & Smith, 2014, p.194).

Zenarini et al (1997) décrivent le terrain personnel et familiale qui rend l'enfant vulnérable au traumatisme et développe chez lui une propension dissociative, sous l'expression « défaillance de la fonction parentale chez les personnes prenant soin de l'enfant ». Le traumatisme prend alors valeur de traumatisme désorganisateur (Bourgeois, 2013) d'un terrain vulnérable au préalable, du fait des carences précoces et du manque de soutien parental dans la construction des capacités d'autorégulation (cité par Coutanceau, Smith & Lemitre, 2014, p.194).

Les études sur la dissociation et la Covid-19 sont peu nombreuses. Une étude chez les personnes confinées (Sunl et al., 2020) a noté des symptômes de stress post-traumatique, des troubles anxieux dépressifs, un stress aigu, un sentiment de peur et de culpabilité, un épuisement émotionnel pouvant être associé à un détachement et à un état d'anesthésie émotionnelle. Une autre étude (Azoulay et al., 2020) qui a mesuré plus directement la dissociation péri-traumatique, révèle un taux de 32% (cité par Djilali et al., 2021). En outre l'étude algérienne de Djilali et ses collaborateurs (2021) a fourni les premières données empiriques de l'incidence des réactions péri-traumatique (détresse et dissociation), ainsi que leurs prédicteurs dans une population algérienne durant les phases initiales de l'épidémie Covid-19.

Nous essayerons de répondre à travers cette étude aux questions relatives à la dissociation traumatique déclenchée par la Covid-19 chez une patiente à savoir :

- ✓ Comment la dissociation traumatique se manifeste chez une patiente atteinte du covid-19 ?
- ✓ Quelle sont les facteurs déclenchant de cette symptomatologie d'ordre dissociatif ?

3. Définition du concept de la dissociation traumatique

3.1. L'historique du concept de la dissociation

L'acceptation d'origine n'a pourtant aucun rapport avec la schizophrénie. Le terme de dissociation a été utilisé pour la première fois en 1845 par Jacques-Joseph Moreau de Tours, pour décrire les phénomènes psychiques observés chez les consommateurs de haschich, il sera ensuite repris par Pierre Janet pour décrire le mécanisme à l'œuvre dans l'hystérie, cette théorie ayant inspiré celle Bleuler (Kedia, 2009, p.488).

L'histoire du concept de dissociation rejoint à la fois celle de l'hystérie et de l'hypnose avec les travaux de Charcot, Janet et Freud. Dans la suite des travaux de Charcot sur l'hystérie, Janet développe un nouveau concept, celui de la dissociation mentale, comme étant à la base de l'ensemble de phénomènes hystériques. Janet postule que la dissociation serait le résultat de la « misère psychologique », qui est un processus pathologique, probablement une pauvreté ou un déficit génétique de l'énergie mentale de base qui permet aux personnes saines de combiner les différentes fonctions mentales (sensations, mémoires, volontés) dans une structure psychologique stable, unifiée, sous le contrôle conscient du Moi (Damsa et al., 2006, pp.400-401).

Pour Janet, la pensée normale synthétise les niveaux subconscient et conscient, ce qui permet l'unité du Moi et organise l'activité présente. Mais chez certains sujets, notamment hystériques, s'opère un « rétrécissement du champ de la conscience » dans lequel l'individu n'arrive plus à synthétiser les différents phénomènes psychologiques. Certains phénomènes sont donc enregistrés par la conscience alors que les autres ne sont pris en compte que par le subconscient, ils en sont dissociés. La dissociation de Janet décrit donc une compartimentalisation des fonctions psychiques restées intègres, alors que la Spaltung de Bleuler rend compte d'une fragmentation des fonctions elles-mêmes (Kedia, 2009, pp.488-489).

Contrairement à cette perspective de Janet, qui considérait la dissociation comme étant un déficit d'intégration d'un moi trop faible, ou fragilisé suite à des traumatismes, Freud proposait un modèle conflictuel du fonctionnement psychique, dans lequel un Moi fort essaye de se protéger des expériences traumatisantes par un mécanisme de défense, le refoulement, qu'il associe à la dissociation comme élément fondamental dans l'hystérie. Malgré leurs différents modèles théoriques de dissociation, Janet et Freud partageaient l'idée de l'importance des événements traumatiques et de leurs traces mnésiques, en tant que facteurs déterminants dans l'apparition des symptômes dissociatifs, toutefois dans un deuxième temps, Freud abandonna l'idée d'un trauma réel pour un modèle du trauma

imaginaire dérivé de fantasmes sexuels, comme étant la source des conflits psychologiques inconscients.

Selon Damsa et ses collaborateurs (2006) le développement des techniques psychodynamiques et l'attribution de la notion de « dissociation » aux symptômes des troubles schizophréniques (Bleuler) plongèrent progressivement dans l'oubli l'hypnose et les théories de Janet sur la dissociation. Le déclin du concept de dissociation culmine avant le milieu du XX^e siècle, avec des théories selon lesquelles les phénomènes dissociatifs sont soit des erreurs diagnostiques (se situant entre l'hystérie et la schizophrénie), soit des effets secondaires provoqués par des techniques hypnotiques mal utilisées.

L'intérêt des chercheurs pour la « redécouverte » des troubles dissociatifs, est de mettre en lien à la fois avec l'augmentation des troubles liés au stress et au trauma, et avec certains événements politiques et sociaux aux Etats-Unis (la guerre du Vietnam et la naissance du mouvement féministe dans les années 1960-1970) qui ont permis de reconnaître l'endémie cachée et ignorée d'abus physiques et sexuels d'enfants et d'établir des liens entre les vécus traumatiques, les symptômes post-traumatiques et les symptômes dissociatifs.

Dans le début des années 1990, toujours aux Etats-Unis, une réaction s'élève contre l'augmentation des révélations publiques d'abus d'enfants avec la création de « l'Association du syndrome de faux souvenirs ». Malgré les efforts de validation du concept de troubles dissociatifs, les controverses restent encore nombreuses dans la littérature quant à l'intérêt et la pertinence clinique du concept, de même que des liens éventuels avec un vécu traumatique réel (pp.401-402).

3.2. Définition de la dissociation traumatique

Il est nécessaire de clarifier d'abord ce qui est la dissociation qui joue en principe un rôle clef dans l'état dramatique. La dissociation est un mot utilisé pour décrire toutes sortes de symptômes. Divers experts l'interprètent de différentes façons (Boon et al., 2014, p.42).

La dissociation psychique peut être définie comme la rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées qui est la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement (Kedia, 2009, p.488). Il s'agit d'une entité transnosographique observée dans plusieurs troubles psychiatriques : troubles somatoformes, troubles anxieux et de l'humeur, troubles de personnalité, dépendance à plusieurs substances. Les phénomènes dissociatifs se retrouvent fréquents lors des crises suicidaires, des difficultés de gestion de l'impulsivité, des syndromes douloureux chroniques, des fibromyalgies et dans les troubles épileptiques (Damsa, 2009, p.400).

De façon générale, la dissociation peut être comprise comme un phénomène « auto-hypnotique », c'est-à-dire un état de conscience modifié sans induction externe qui permet au sujet de se protéger dans les situations auxquelles il ou elle ne peut plus faire face

(Fareng & Plagnol, 2014). En fonction de l'intensité de ce processus, trois types de dissociation peuvent être distingués :

3.2.1. La dissociation « quotidienne »

Un premier type de dissociation, la transe quotidienne spontanée, correspond aux capacités naturelles d'absorption dont disposent les sujets. Cette dissociation « normale » recouvre la possibilité de se protéger d'une situation perçue comme menaçante en se « coupant » de ses sensations douloureuses. Ainsi dans la vie quotidienne, les individus traversent différents états de conscience pour s'adapter à des rôles et des situations variés qui traduisent leurs ressources et leurs limites. Il s'agit d'un processus dynamique de dissociation/association permettant de compartimenter des expériences distinctes de la vie, et en particulier d'écarter stress ou tracas de façon plus au moins durable.

3.2.2. La dissociation traumatique

Lorsque cette aptitude défensive perdure au-delà d'un danger, de façon rigide et perturbante pour le sujet, c'est le signe d'une dissociation pathologique induisant des symptômes traumatiques, ce qui définit le deuxième type de dissociation : la dissociation traumatique. Celle-ci a été décrite comme étant un processus de séparation mentale structurée affectant les perceptions, les émotions, la mémoire et l'identité qui sont normalement intégrées et accessibles à la conscience. Même si l'expérience reste accessible à la conscience, elle est perturbée au niveau qualitatif, au niveau de la relation avec soi (dépersonnalisation...), ou au niveau du contrôle volontaire exercé (flash-backs...). Par ailleurs, le sujet n'a pas de conscience réfléchie de ce processus.

C'est une véritable hémorragie psychique qui vide la victime de tous ses désirs, et annihile sa volonté. La victime dissociée se sent vide, perdue, elle ne se contrôle plus. La dissociation a donc ici pour effet une compartimentation de l'expérience traumatique. Néanmoins en raison même de cette « protection » qu'elle offre, la dissociation induit un syndrome de répétition invalidant qui définit l'état de stress post-traumatique [ESPT].

3.2.3. La fragmentation de Moi

Le troisième type de dissociation peut être défini par la fragmentation du Moi, en jeu notamment la classe des troubles dits « dissociatifs ». Dans sa thèse sur l'automatisme psychologique, Janet fait référence à une rupture d'unité personnelle : lorsqu'un trop grand nombre de sensations est isolé en dehors de la perception consciente, un nouveau type de perception se forme, et l'on peut parler alors de personnalité secondaire ou subconsciente, parallèle à la personnalité principale. Le Moi se trouve donc divisé en deux. D'après Janet, la rencontre avec la mort crée des émotions si fortes que la capacité de synthèse psychique est perturbée et ne permet pas de traiter les souvenirs traumatiques, stockés dès lors dans le subconscient.

Les états dissociatifs les plus sévères, chroniques et complexes correspondent en fait à la fragmentation de la personnalité de Janet. En effet, Van Der Hart, Nijenhuis et Steele

(2006) (cité par Fareng & Plagnol, 2014) définissent la dissociation structurelle selon trois configurations dont la gravité est croissante.

3.2.4. La dissociation structurelle primaire

Un épisode traumatique a dissocié le fonctionnement psychique en une Partie Apparemment Normale [PAN] de la personnalité, chargée de faire face au quotidien tout en évitant les réactivations traumatiques, et une Partie Emotionnelle [PE], lestée du poids du trauma mais maintenue à l'écart de la PAN par la dissociation. Cette configuration se retrouve dans les traumatismes simples, l'amnésie dissociative simple et les troubles somatoformes. C'est une excellente indication de thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

3.2.5. La dissociation structurelle secondaire

Dans cette configuration, la PAN doit faire face à plusieurs PE, elle a donc tendance à être moins efficace car elle doit s'adapter au quotidien tout en évitant de multiples situations susceptibles de réactiver le trauma. Cette configuration se retrouve dans les états de stress post-traumatique complexe, les troubles de la personnalité liés au trauma, et les autres troubles dissociatifs complexes. La prise en charge est plus complexe, le travail du trauma demande une préparation visant à renforcer la PAN et à accroître la fenêtre de tolérance émotionnelle du patient.

3.2.6. La dissociation structurelle tertiaire

Plus rare, elle consiste en une dissociation de la personnalité en plusieurs PAN et plusieurs PE, comme dans les troubles de la personnalité multiples qui ont généralement subi des traumatismes précoces, graves et chroniques. La prise en charge doit être confiée à une personne spécialisée dans ces troubles et sera généralement assez lourde (Coutanceau et al., 2012, p.87).

Ces trois formes de dissociation structurelle sont à différencier, selon la plupart des auteurs, de la dissociation aigüe, dont elles peuvent être l'une des suites. Les signes cliniques de dissociation aigüe sont le détachement, la réduction de la conscience, la déréalisation, la dépersonnalisation et l'amnésie dissociative (Coutanceau et al., 2012, p.88).

3.3. La définition opérationnelle de la dissociation traumatique

Opérationnellement, la dissociation traumatique dans l'étude en cours se traduit par l'ensemble de symptômes dissociatifs, survenus après un évènement menaçant, voir traumatique, persistant avec le temps (qui dépasse quatre semaines depuis le diagnostic de l'atteinte par le virus du corona, similaire a la dissociation péri-traumatique), tel qu'un sentiment de détachement vis-à-vis de soi ou de son environnement, anesthésie émotionnelle (sensation d'être absent, déconnecté, et spectateur de la situation comme indifférent, blocage ou inhibition psychologique en terme psycho-dynamique), plaintes physiques persistantes (trouble somatoforme). L'entretien clinique va déceler cette

symptomatologie dissociative, le Rorschach montrera clairement l'inhibition psychologique dont souffrait la patiente notamment les indices du trauma.

4. Troubles dissociatifs dans le DSM-5

Les troubles dissociatifs dans la perspective de la cinquième édition de la classification américaine des troubles mentaux DSM-5, se caractérisent par « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et de comportement » (Crocq et al., 2015).

Les cinq syndromes actuellement retenus dans le DSM-5 sont le trouble dissociatif de l'identité, de l'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, le trouble de dépersonnalisation / déréalisation, l'autre trouble dissociatif spécifié, l'autre trouble dissociatif non spécifié.

Dans le tableau clinique de l'amnésie dissociative, le critère A a été clarifié par une note indiquant que l'amnésie peut être localisée ou sélective ou bien encore généralisée à l'identité et à l'histoire de la vie du sujet. Un critère (Critère C), stipulant que le trouble entraîne une souffrance ou une altération du fonctionnement a été ajouté. En signalant l'impact négatif de cette amnésie, ce critère permet de la différencier des oublis concomitants aux états de transe culturellement acceptés ne relevant pas de la pathologie (Josse, 2013).

5. Entités cliniques prédictives d'un trouble de stress post-traumatique

Le consensus international reconnaît l'intensité de la réponse immédiate et post-immédiate à un traumatisme comme un facteur de risque majeur pour des symptômes psychiatriques post-traumatiques durables.

Les modalités de réactions précoces, ou immédiates et post-immédiates, ou effets traumatiques initiaux, en réponse à l'exposition à un événement hors du commun se déclinant en une nosographie psycho-traumatique spécifique-dissociation péri-traumatique, détresse péri-traumatique, effroi, Trouble de Stress Aigu [TSA], et une « nosographie non spécifique » : anxiété, réactions dépressives, états psychiques, etc. Les quatre entités cliniques immédiates ou post-immédiates spécifiques (dissociation et détresse péri-traumatique, effroi et TSA) sont des indicateurs du développement d'un trouble de stress post-traumatique [ESPT] ultérieure (Vaiva et al., 2005, p.34).

Parmi les réactions non spécifiques, des crises hystérisiformes peuvent être observées : troubles de l'équilibre, troubles sensoriels, états crépusculaires. Parmi les états psychotiques, de véritables accès maniaques sont possibles, la question d'antécédents de troubles affectifs doit se poser, bien que les états délirants soient plus rares, les classifications internationales reconnaissent la psychose réactionnelle brève avec des facteurs de stress marqués. Des réactions dépressives peuvent apparaître d'emblée, mais surviennent plus classiquement dans les jours suivant le traumatisme (Vaiva et al., 2005, p.35).

6. Les symptômes de l'ESPT dans les troubles dissociatifs complexes

Les troubles dissociatifs complexes peuvent être considérés comme des formes compliquées d'ESPT, qui naissent lorsque des événements traumatisants perturbent le développement normale de la personnalité de l'enfant. De nombreux symptômes d'ESPT sont en somme du type dissociatif (Boon et al., 2014, p.78).

Rappelons que les troubles de stress post-traumatique est une des conséquences possibles d'un traumatisme important plus ou moins récent (catastrophe naturelle, guerre, attentat, accident, agressions, deuil, exposition à la mort, etc.) (Boon et al., 2014, p.81).

Selon le DSM5 (American Psychiatric Association, 2013), les symptômes de trouble de stress post- traumatique, sont catégorisés en quatre groupes principaux :

- ✓ Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants (comme les souvenirs répétitifs, réactions dissociatives exp rappels d'images, flashbacks), réactions physiologiques.
- ✓ Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques.
- ✓ Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques.
- ✓ Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques.

Quand on parle des troubles de stress post-traumatiques complexes, on fait allusion aux troubles dissociatifs de l'identité [TDI] et les troubles dissociatifs non spécifiques [TDNS]. La plupart des personnes avec un TDI ou TDNS souffrent plus ou moins de symptômes de stress post-traumatiques chroniques. Chaque partie de la personnalité peut rester « coincée » dans un ou plusieurs de ces symptômes de stress post-traumatique. Les symptômes et leur sévérité diffèrent souvent d'une partie à l'autre, certaines parties se trouvent par exemple dans un état de sur-activation chronique, tandis que d'autres demeurent justement dans un état de sous-activation. Certaines parties (souvent celles qui remplissent des tâches et des fonctions dans la vie quotidienne) manifestent alors un comportement d'évitement et sont émotionnellement anesthésiées, susceptibles, impatiente ou dépressives. D'autres ont des cauchemars ou des flash-backs, ou commencent tout à coup à pleurer fortement (Boon et al., 2014, pp.81-82).

7. Dissociation et carences précoces

La résilience, capacité à rebondir face au traumatisme, est maintenant mieux connue : elle est notamment très corrélée à la persistance d'un lien d'attachement fiable, d'une relation d'attachement dite sécurisée (Cyrułnik, 2002). Or, ce lien d'attachement est précisément ce qui semble manquer aux patients présentant des troubles de la personnalité. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle le tuteur de résilience, support de la relation d'attachement, joue un rôle de Moi auxiliaire, permettant progressivement à l'enfant de faire face à des situations émotionnelles de complexité et d'intensité croissante, et notamment à des situations potentiellement traumatiques, sans se désorganiser. Or, la

capacité de la régulation des émotions se construit en grande partie au cours des premières années et des phases préverbales du développement (de la naissance à 2/3 ans environ). Chez les dissociés, traumatisés psychiques et/ou présentant un trouble de la personnalité avec dysrégulation émotionnelle (borderline, psychopathique, etc.), il peut donc être tout à fait intéressant de chercher ce qui a pu entraver le bon développement de cette capacité de régulation émotionnelle, notamment dans un contexte d'attachement sécure. Concrètement, nous retrouvons particulièrement dans l'anamnèse de ces patients des facteurs susceptibles de rendre leur (s) parent (s) ponctuellement ou durablement indisponible (s) pour les aider à apprendre la modulation émotionnelle : deuil, trouble psychiatrique, traumatisme (Coutanceau et al., 2012, pp.192-194).

8. Méthode et matériel

8.1. Méthode

L'objectif de cette étude est d'explorer la sémiologie de la dissociation traumatique chez une patiente âgée de 51 ans, qui s'est présentée au cabinet privé, notre lieu de pratique clinique, pour une consultation psychologique. Aussi, explorer une vulnérabilité ayant un rapport avec la maltraitance (violence) subit durant son enfance. De ce fait, la démarche descriptive dite clinique semble la plus appropriée pour l'étude de cas.

8.2. Instruments

Afin d'explorer l'état psychologique de la patiente, on a eu recours aux outils suivants :

8.2.1. Entretien clinique

L'étude de cas est le fondement de la pratique clinique, qui ne peut se réaliser qu'à travers l'entretien dit clinique. Dans le cadre de la consultation psychologique, l'entretien clinique désigne en premier lieu un entretien où le thérapeute se laisse, en partie du moins, guider par les interventions du patient. Il s'agit ainsi d'un entretien semi directif, tout comme peuvent l'être certains entretiens de recherche. A l'instar de ces derniers, s'il s'agit aussi d'un genre hétérogène (il existe de nombreux types d'entretien clinique qui varient selon différentes dimensions, en particulier le degré de structuration de l'entretien), mais qui, au-delà de son hétérogénéité, a pour caractéristique principale de reposer sur des asymétries de statut et de rôle des interlocuteurs et de leur position face à ce qui se dit (Salazar-Orvig & Grossen, 2008, p.37).

Dans l'intérêt d'explorer la sémiologie, ainsi l'étiologie de la dissociation traumatique, on a opté pour les questions qui touchent des aspects essentiels tels que :

- ✓ L'état de conscience de la patiente, son détachement vis-à-vis de soi ou de son environnement (dépersonnalisation, déréalisation, flash-backs, amnésie dissociative, désorientation temporo-spatiale...).
- ✓ Ses émotions, on cherchant l'anesthésie émotionnelle.
- ✓ Perception et représentation de son corps et plaintes somatique, anesthésie corporelle.
- ✓ Ces expériences traumatiques dans l'enfance, et la qualité d'attachement parentale.

8.2.2. Le Test de Rorschach

Le Rorschach est un Test projectif qui représente un mode d'approche et de compréhension du fonctionnement psychique d'un sujet à l'aide d'un matériel et d'une consigne utilisée comme médiation entre le clinicien et le sujet lui-même (Cyssau, 1998, p.121). Traditionnellement, les études qui portent sur le psycho-traumatisme se basent sur les entretiens cliniques ou sur des échelles spécifiques, mais ces dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'apport de méthodes projectives, notamment du test du Rorschach (Coutanceau et al., 2012).

Pour L'Algérie, après des années de travail acharné de plusieurs équipes de recherche présidés par Si Moussi et Benkhelifa, les normes algériennes ont vu le jour, des normes très différentes de norme françaises (exp : R : 17, G% :44, D% : 45). En juin 2021, une équipe de recherche présidée par Benkhelifa et Si Moussi a élaboré et a publié le manuel algérien de cotation des formes au Rorschach, c'est le résultat d'une recherche menée sur une population de 808 cas (296 Enfant, 233 Adolescents, 279 Adultes) (Benkelifa & Si Moussi et al., 2021, p.17).

Le Rorschach apparait qu'il peut être un outil intéressant dans le cas de patients dissociés, qui présentent des difficultés pour reconnaître et nommer leur vécu interne.

8.2.3. Analyse de données

L'analyse de données récoltées lors de l'entretien clinique ainsi que du test de Rorschach est faite par exploration des contenus, selon les questions posées dans le premier et l'analyse qualitative et quantitative proposée par le deuxième (le test lui-même) et qui sont répartis en unités et qui seront présentées dans les résultats.

9. Résultats et discussion

9.1. Résultats

9.1.1. Présentation du cas (Vignette clinique)

Mme Safia âgée de 51 ans, mère de 03 enfants, deux filles et un garçon, âgés de 24 ans, 22 ans et 16 ans. L'ainée mariée. La patiente ayant un niveau intellectuelle moyen (9ème année), elle est la sixième d'une fratrie de cinq filles et huit garçons, dont un est décédé. Son mari âgé de 57ans, agent de sécurité de profession. La patiente suivie à notre consultation pour plaintes répétées des symptômes d'ordre somatoformes (fatigue physique, pression thoracique, douleur et chaleur au ventre) sans aucune étiologie apparente.

La patiente nous a été orientée par son médecin traitant (neurologue), pour exploration de son état psychologique, car l'examen de l'IRM n'ayant rien révélé quant aux douleurs névralgiques des membres supérieurs.

Lors de l'entretien, la patiente nous révéla qu'elle a été atteinte par la Covid-19 trois mois auparavant. Malgré son rétablissement, la patiente éprouve toujours la persistance des symptômes d'asthénie physique (نحس روعي عيانة بزاف), avec chaleur au niveau du ventre (كرشي سخونة بزاف), sensation douloureuse thoracique, des fourmillements au niveau

de son dos (لمواس في صدري وظهري نحس), la patiente était confrontée à l'angoisse de la mort, elle avait très peur surtout qu'elle souffrait déjà des troubles respiratoires liés à son asthme depuis 20 ans.

Lors du premier entretien, la patiente avait l'aire d'une personne anesthésiée, parlait avec une voix très basse, et surtout avec une importante lenteur, chose qui n'est pas dans ses habitudes avant sa contamination par la Covid-19 selon ses dires (راني مقلقة بزاف على صحتي,) (ماكنتش هكذا قبل ما نمرض كوفيد, كنت ناشطة كي نهدر نعيًا، وليت مانهدر، مانضحك،) Elle nous dit (ماكنتش في وعيي، نحس روجي حية/ميتة، كلي رماوني في) (الدموع ماعنديش، وليت ناشفة، مانسعلش، مانعطش), (مانقصر (حفرة ممبعد رفدوني). Intolérance aux bruits (مانحبش النهار، الضوء), préférant la nuit (نحب نقعد وحدي). Par contre très attentive quand il s'agissait de discussion autour de son état de santé, sa fille nous dit (كييهدرولها على) (مانحبش تحكي sinon المرض تحب تسمع).

Durant les deux séances avec la patiente, nous avons constaté qu'elle était toujours hantée par les problèmes de santé cités plus haut, réfutant tous les avis des médecins qu'elle a consulté malgré les différents examens cliniques et radiologiques (IRM, Scanner, Echographie). Elle était convaincue qu'elle souffrait d'un problème physique méconnu par les médecins, ce qui explique ses douleurs ressenties. Notons que Mme Safia était choquée par l'avis d'un médecin qui lui a été conseillé par une de ses connaissances, qui n'était pas convainquant à son avis, dédramatisant les symptômes avancés lors de la consultation du médecin (la pression thoracique...) et qui lui a affirmé que ce n'est qu'un reflux gastrique, et après l'interrogatoire, la patiente lui a demandé qu'est-ce que ça peut être ? Je suis soucieuse, le médecin lui répondit agressivement, selon l'appréciation de la patiente, en lui disant : « je ne suis pas un voyant, مارانيش شواف ». Hélas une telle réponse a aggravé encore sa situation psychologique.

Un sentiment de culpabilité apparent chez la patiente pour avoir contraint sa fille à arrêter son travail pour l'assister (بسبتي بنتي حبست خدمتها), des vacances dans une école privée.

9.1.2. Histoire du trouble

L'enfance de la patiente fortement marquée par une maltraitance physique et morale du père, décrit comme extrêmement autoritaire, voir violent. La patiente a vécu dans une famille nombreuse, le pouvoir est détenu par le père, adoptant un style éducatif extrêmement sévère (autorité extrême). Les traces de la violence sont fortement gravées dans sa mémoire car elle ressentait l'injustice et l'incompréhension de l'attitude de son père (تربينا معقدين، مزيرين،) (كان يضربني بلا ماندير والو، تغيضني عمري), (بابا كان مزير بزاف، تربينا بالخوف) (نحشموزاف). Elle se sentait très malheureuse, parce qu'elle a grandi avec des complexes, très timide, a développé une phobie sociale, elle ne pouvait pas s'exprimer devant les autres

craignant d'être la risée de son entourage, apparition d'un sentiment de dévalorisation (بخزرو الناس فيا كي نخرج برا), elle rajoute (وليتمانحبش نهدر مع الناس، مانعرفش نهدر، يضحكو عليا).

9.1.3. Diagnostic

Ces prémices observations nous ont poussé à poser notre hypothèse diagnostique, d'un état dissociatif traumatique, qui se caractérise par l'incapacité de ressentir la douleur (anesthésie corporelle), détachement extrême à la réalité, une paralysie et une somnolence extrême ou perte de conscience temporaire, comme cela a été décrite par (Boon et al., 2014).

Ce diagnostic a été confirmé avec la patiente selon les critères du DSM5 puisqu'on a noté chez elle, le trouble dissociatif de l'identité, de l'amnésie dissociative, dépersonnalisation/déréalisation.

9.1.4. Résultats du test de Rorschach

La deuxième séance était consacrée à la passation du Rorschach dans l'intérêt de mieux cerner son état psychologique à travers ce test projectif. Si dessous les résultats quantitatifs (psychogramme) de madame Safia :

Nbre de réponses	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Formules	Choix de PL
R : 18	G : 1	F : 16 {F+ : 1	H% : 0	T.R.I : 0K/1,5C	Choix (+) : VIII, IX
Rép addi : 03	D : 7	{F- : 15	A% : 05,55	F.Compl : 0 k/0 ^E	Choix (-) : I, VI
Refus : 02	Dd:10	FC : 0	Anat : 17	IA% : 94,44 (indice d'anxiété)	
		CF : 01		Ban : 1	
		F% : 88,88		Chocs : 05	
		F+ % : 06,25			
		F+ % él : 05,88			

L'analyse du protocole de M^{me}Safia montre une très faible production avec une très mauvaise qualité qui reflète en réalité l'inhibition dont elle souffre, suite au traumatisme psychique subi, cela prouve la souffrance psychologique, et l'angoisse de mort chez elle, qui ont influencé négativement son adaptation à la réalité.

La productivité qui reste faible selon les normes françaises, est acceptable selon les normes algériennes qui reflète une forte inhibition, chose qui est affirmée par le nombre de refus et de chocs dans le protocole de M^{me}Safia.

Concernent les modes d'appréhension, on trouve que le mode le plus dominant c'est les Dd : une partie ambiguë de la tâche, associée à des déterminants de connotation négative, indiquent des schémas de réalité inorganisée et marginale surtout que les

contenus qui lui sont associés sont très symboliques des préoccupations liées directement au Covid 19.

Les repenses D sont très faible 38% ce qui indique un intérêt pour les problèmes pratiques et la situation générale dans la vie quotidienne. La chose la plus importante qui caractérise les modes d'appréhension c'est la rareté des réponses G. Une seule réponse à la cinquième planche ce qui indique que M^{me}Safia a pu malgré tous revenir sur le sujet de l'ensemble et prendre le soi en tant qu'individu, mais cela reste très peu selon les normes algériennes et françaises ce qui indique la fragilité du système psychologique, en particulier avec le manque de réponses H.

Quant aux déterminants, le protocole a été dominé par les déterminants formels, atteignant 88%, ce qui indique les efforts déployés par M^{me}Safia pour contrôler la situation devant les tâches non structurées, et en fait le premier stratagème défensif devant l'anxiété qui résulte de la situation de test, mais malheureusement elle a échoué car la plupart des déterminants formels étaient négatifs liés aux contenus anatomiques, avec une absence totale de tous les autres contenus à l'exception d'une réponse animale, ce qui indique souvent une forte immaturité émotionnelle.

Nous constatons qu'il y a focalisation dans les contenus sur les organes associés à la respiration, comme le cœur, les poumons et l'œsophage, ce qui indique la gravité du choc et traumatisme associé à l'infection par la Covid 19.

On peut constater dans le protocole de la patiente :

- Une capacité mentale pauvre, la patiente manque de repère (peu de réponses, rejets) (معرفة والو، مافهمتش، هذاماكان).
- La persévérance, des thèmes en relation avec l'évènement traumatique. M^{me}Safia parle de sa propre maladie, elle s'accroche à son actuel (corps malade), on trouve beaucoup d'éléments anatomiques (راني نشوف الصدر، العضلات، القلب، الحنجرة، العضلات), elle ne peut pas développer d'autres réponses, ce qui caractérise la pensée opératoire selon l'école psychosomatique de Marty. La patiente est figée, manque de vie à l'intérieur, elle n'arrive pas à faire une élaboration mentale.
- Son appréhension est détaillée, n'a pas de capacité à apprendre le tout, trop d'anatomie. Ce qui est considéré comme indicateurs qualitatifs du traumatisme dont souffre la patiente, ça focalisation sur les réponses : poumons 7/17 réponses, œsophage 5/17 réponses, traduit sa peur de la maladie, de la suffocation et de la mort.

Les indicateurs du traumatisme dans le protocole de M^{me}Safia :

- Faible productivité,
- Taux de refus élevé,
- La rareté des réponses banales,
- L'augmentation des grandes réponses partielles d'une manière qui dépasse la moyenne pour un individu normal,

- Déterminants formels élevés, particulièrement négatifs et ambigus,
- Réponses illustrant un événement traumatique directement lié à l'événement traumatique,
- Équation d'anxiété élevée.

9.2. Discussion

L'étude clinique de M^{me}Safia (51 ans), nous a révélé un état de dissociation traumatique déclenché par l'évènement traumatique (La Covid-19), ou une symptomatologie principale caractérisée par un blocage (sensoriel, motrice, cognitif, émotionnel), dont la patiente ne peut ni (parler, marcher, penser...), elle n'éprouve pratiquement plus rien, cela est assimilable à ce qu'on appelle l'état de sous-activation post-traumatique selon (Lanius et coll, 2010). C'est le contraire de la sur-activation (vigilance accrue), la sous-activation est une réaction corporelle automatique, inconsciente, au danger qui augmente notre chance de survie. Dans cet état le pouls diminue de manière drastique, la respiration décélère, les muscles se relâchent et notre cerveau et le corps tombent comme dans un état d'hibernation. En passant vers une telle forme d'état de conscience fortement réduite, nous économisons de l'énergie (cité par Boon et al., 2014, p.81).

Le recours à ces conduites dissociatives selon Salmona (2008-2012), s'explique comme suit : la vie peut devenir un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente pour une victime traumatisée. Il lui faut une vigilance de chaque instant et des conduites d'évitement et de contrôle épuisants pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. Très tôt les victimes découvrent la possibilité de s'anesthésier émotionnellement face à ces possibilités d'allumage de mémoires traumatiques en recourant à des conduites dissociantes (Salmona, 2013).

Cet état de dissociation traumatique avec son vécu de dépersonnalisation, de confusion temporo-spatiale et ses troubles amnésiques seront pris à tort pour une psychose, des troubles graves de la personnalité, un retard mental ou une démence. Alors qu'il s'agit des troubles dissociatifs, dont les cinq syndromes actuellement retenus dans le DSM-5 sont le trouble dissociatif de l'identité, de l'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, le trouble de dépersonnalisation / déréalisation, l'autre trouble dissociatif spécifié, l'autre trouble dissociatif non spécifié (Josse, 2013).

Notre patiente a vécu une enfance traumatique marquée par une violence physique et morale, elle s'est construit une image d'elle-même très dévalorisée (mauvaise estime de soi). Smetana (1995) (cité par Born & Glowacz, 2014, p.97) indique que c'est une violence qui est à l'origine de la fragilité et de la vulnérabilité (comme cela a été observé chez la patiente). De plus, le parent de style autoritaire, restreint fortement l'enfant, tout en l'encourageant peu à l'autonomie, l'auto-affirmation, il respecte peu son individualité (comme cela a été décelé dans l'histoire de la patiente).

Cette violence subie par la patiente est selon Salmona (2013) un formidable instrument de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé. Elle est à l'origine de troubles psychotraumatiques fréquents et qui peuvent s'installer de façon chronique, sous la forme de troubles de la personnalité, par l'intermédiaire d'une mémoire traumatique et d'une dissociation traumatique.

La patiente a vécu une extrême maltraitance durant son enfance de la part de son père, qui est à l'origine de sa fragilité et sa vulnérabilité aux troubles psychologiques. Dans cette optique, des études prospectives remarquables comme celles de Felitti et Adda en 2010 aux Etats-Unis ont montré qu'avoir subi des violences dans l'enfance est un des déterminants principaux de la santé, même 50 ans après si aucune prise en charge n'est mise en place. Les conséquences sur la santé sont à l'aune des violences subies, plus les violences ont été graves et répétées, plus les conséquences sont importantes, avec des ratios très élevés : risque de mort précoce par accident, maladie et suicide, maladies cardiovasculaire, respiratoires...etc. Zenarini et ses collaborateurs (1997) décrivent le terrain personnel et familiale qui rend l'enfant vulnérable au traumatisme et développe chez lui une propension dissociative, sous l'expression « défaillance de la fonction parentale chez les personnes prenant soin de l'enfant. Le traumatisme prend alors valeur de traumatisme désorganisateur (cité par Bourgeois, 2013) d'un terrain vulnérable au préalable, du fait des carences précoces et du manque de soutien parental dans la construction des capacités d'autorégulation (cité par Coutanceau & Smith, 2014, p.194).

La patiente souffre d'une organisation mentale fragile, traduite par le déséquilibre dans l'utilisation des procédés défensifs.

10. Conclusion

Cette étude porte sur la dissociation traumatique déclenchée par la Covid-19, a été menée auprès d'un cas, une femme âgée de 51 ans, souffrant de plaintes somatiques, victime de la Covid 19.

Les résultats ont montré à l'entretien clinique que la patiente avait l'aire d'une personne anesthésiée, et ce, suite à la contamination par la Covid-19, elle semble très inquiète de son état de santé. Une importante inhibition sensorielle est notée caractérisée par des sensations d'être dans un gouffre, d'être dans un état comateux, de mort-vivant avec une intolérance au bruit et à la lumière, préférant la nuit et l'isolement social donc, la Covid 19 a joué un rôle de déclencheur d'un état dissociatif que nous avons lié à un traumatisme subi par la patiente en étant une enfant. Il s'agit de sa relation insécure avec son père qu'elle considère comme violent et qui a contribué principalement à sa dévalorisation et son sous-estimation de soi.

Les résultats au Rorschach confirment le traumatisme subi suite à la Covid-19, se caractérisent par un refus, une inhibition, des réponses formelles moins réussies, des contenus anatomiques, réponses animales et absence de réponses humaines et kinesthésiques, la

patiente se focalise sur le corps, ce empêche la mentalisation de ses conflits. Aussi, on a noté un indice d'anxiété élevé.

Les conduites dissociantes traumatiques, sont des conduites à risque et de mise en danger de violence contre soi-même, ou de violence contre autrui, et sont à l'origine chez la victime d'un sentiment de culpabilité et de rejet envers les proches.

Cette étude a conclu par l'importance d'explorer précocement les indices du trauma chez les personnes subissant des événements traumatisant, telle que la Covid 19.

La nécessité de poser le diagnostic précoce de la dissociation traumatique par le clinicien à l'aide d'un dispositif dont il dispose (entretien clinique et le Rorschach), lui permettra d'évaluer l'intensité de l'état dissociatif au cours d'un événement traumatique.

L'instauration d'un dispositif de prise en charge pour les personnes vulnérables (ayant vécu des expériences traumatisantes dans l'enfance, l'attachement insécure, etc...) afin d'éviter le risque de la chronicisation du traumatisme.

Références

- Benkhelifa, M., Si Moussi, A., Abalache D., Bouallaga, F.Z., Cheradi, N., Meridja, A., Toutaoui, K., Ayad, F., Bouchaib, I., Fodili, F., Si Moussi, M. O., & Zegar, R. (2021). Manuel algérien de cotation des formes au Rorschach. Alger, édition Hibr.
- Boon, S., Stelle, K., & Van Der Hart, O. (2014). Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes. Bruxelles : De Boeck.
- Born, M., & Glowacz, F. (2014). Psychologie de la délinquance. (3^{ème} éd.). De Boeck.
- Coutanceau, R., & Smith, J. (2014). Violences aux personnes, comprendre pour prévenir. Dunod.
- Coutanceau, R., Smith, J., & Lemitre S. (2012). Trauma et résilience, victimes et auteurs. Dunod.
- Crocq, M.A., Gueli, J. D., Boyer, P., Pull, C., Pull-Erpelding, M.C. (2015). DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Masson. <https://psychclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5->
- Cyssau, C. (1998). L'entretien en clinique. Collection Psycho. In Press.
- Damsa, C., Lazignac, C., Pirrota, R., & Andreoli A. (2006). Troubles dissociatifs : aspects cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques. *Revue médicale Suisse*, 2(52), 400-405. www.revmed.ch.8.février.2006
- Djillali, S., Ouandelous, N., N., Zouani, N., Von Roten, F. C., & de Roten, Y. (2021). Incidence et prédicteurs des réactions péri-traumatiques dans une population algérienne face à la Covid-19. *Anne Med Psychol*, 180(6), S23-S28. <https://doi.org/10.1026/j.amp.2021.03.006>
- Fareng, M., & Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *Psn*, 4 (12), 29-46. <https://doi.org/10.3917/psn.124.0029>.
- Josse, E. (2013). Troubles dissociatifs, quoi de neuf dans le DSM-5 Résilience Psy. <http://www.resilience.psy.com>.
- Kédia, M. (2009). La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'évolution Psychiatrique*, 74(4), 487-496. <https://doi.10.1016/j.evopsy.2009.09.013>
- Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P.A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A., & Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*, 46, S43-S52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
- Salazar-Orvig, A., & Grossen, M. (2018). Le dialogue dans l'entretien clinique, langage et société. 1 (123). 37-52.

Salmona, M. (2013). La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité ou comment devient-on étranger à soi-même. Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie, Dunod.

Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., & Goudemand, M. (2005). Psycho-traumatismes: prise en charge et traitements. Masson.