

Les amnésies psychiques

S. GOFFINET

Anamnèse, travail de mémoire...

Dans la situation de l'urgence, à l'hôpital ou en consultation, une des premières questions du psychiatre concerne le récit de ce qui se passe, présent historique qui fait la somme du passé du patient en lien avec le symptôme. La première chose est donc une mémoire de rappel. La mémoire est cet appel du passé sans corrélation avec une expérience perceptive actuelle. Elle emprunte au seul langage le pouvoir de rendre présent ce qui est révolu (1).

Le patient se rappelle et il raconte une histoire, une narration qui « n'est pas confinée à l'événementiel mais coextensive à tous les niveaux d'explication et à tous les jeux d'échelle » (2) et c'est pourquoi nous faisons un tri de ce qui nous intéresse dans le matériel évoqué. Ce récit oral, qui « exige pour se soutenir la participation de quelqu'un à la remémoration, s'incarne dans un jeu de souvenirs... » (3), survient donc en fonction de celui qui écoute.

Définition

C'est au sein du récit que se découvre une amnésie « *perte de la mémoire qui se marque notamment par l'impossibilité de se rappeler des expériences passées alors qu'on en cherche l'évocation* » (4).

Correspondance : Clinique Fond'Roy, 43, avenue Jacques Pastur, B-1180, Uccle, Belgique.
Tél. : 00 32 23 74 84 38. Fax : 00 32 23 75 95 55. E-mail : sergegoffinetpsy@msn.com

Partielle ou totale ?

Les cas d'amnésie totale, durable qui ont impressionné et ont inspiré la littérature (« Siegfried et le limousin ») ou le cinéma (le film québécois – très récent – « Mémoires affectives », par exemple) sont rarissimes (5), bien souvent post-traumatiques et dissociatifs. L'amnésie psychique est le plus souvent partielle, transitoire de courte ou longue durée (années).

Modalités d'apparition

a) D'évidence étiologique la fait apparaître :

- organique (le cerveau est touché) ;
- non-organique : émotionnelle ; le symptôme peut révéler l'existence de troubles psychiques, l'effacement du souvenir psychotraumatique, par exemple d'un abus sexuel ou un conflit psychique ou encore le complexe d'Œdipe ou d'autres parties de l'inconscient ;
- d'origine mixte.

b) de caractère :

Il faut relever le caractère permanent ou limité à une période de temps rigoureusement circonscrite. Relever aussi le caractère spontané ou non : le patient s'en plaint (c'est le cas de l'accident de voiture) ou le constate par ce que l'interlocuteur le lui fait apparaître (c'est le cas de l'enquête policière : que faisiez-vous... ?). Ici l'origine peut concerner le cerveau et toutes ses maladies et toucher l'esprit.

c) de la mémoire atteinte :

L'amnésie peut concerner la mémoire non neurologique et non déclarative ; c'est la « immémorable et inoubliable », préhistorique, qui « est constituée par les traces ineffaçables d'impressions précoces laissées par des influences réelles exercées sur la vie pulsionnelle et fantasmatique » (3), nous ne l'investiguons pas mais nous pouvons en avoir une idée à travers l'expérience de chacun de notre amnésie infantile nécessaire au développement du subjectif à travers le pulsionnel, c'est l'indispensable inconscience de notre enfance et de ses tourments. Ces événements qu'on ne peut rappeler à la conscience se retrouvent parfois évoqués chez des jeunes adoptés internationaux, chez lesquels on pressent des vécus très précoces ayant laissé des traces sans que l'on puisse dire de quelle nature a été le problème.

Amnésie parmi les troubles de la mémoire

Les amnésies sont complexes : il ne s'agit pas seulement d'une perte au sens d'un déficit car cliniquement les troubles de la mémoire forment un patchwork et donc se différencient en effacement apparent de souvenirs et en réminiscence

de souvenirs apparemment oubliés. Il est important de prévenir que, bien souvent, une mémoire trouée et une mémoire retrouvée coexistent.

Enfin, il y a des enchevêtrements dans les troubles de la mémoire. Déjà vécu ou déjà vu ont un rapport particulier où se mélangent oubli et souvenir ; dans l'*ecmnésie* où le sujet revit un événement de son passé et dans la *paramnésie*, le sujet a un sentiment de déjà vu dans la situation présente.

Sémiologie de l'amnésie

Chaque perte de mémoire (en dehors de ce qui est présent à la place de ce trou) présente un certain nombre de caractéristiques qui permettent de la décrire c'est le « t-r-a-i-t » spécifique de l'amnésie :

Temps : antérograde, rétrograde ou autre.

Réactionnel ou non : suscitée dans une relation (hypnose) ou en dehors (confusion mentale par émotion) et dans ce contexte aiguë, subaiguë ou insidieusement installée.

Aspect (souvenirs) : total, partielle (lacunaire).

Individuelle ou collective.

Thématique : sélective ou non.

Nous ne parlerons pas donc ici des perturbations de la mémoire collective (6) ; elles concernent l'oubli de la tradition, de l'histoire et l'incapacité de transmission, familiale ou sociale, sans doute fortement actifs dans les familles dites psychosomatiques. Elles ne se présentent pas d'ailleurs à ma connaissance de manière aiguë bien que la plupart d'entre elles soient sélectives ; nous ne retiendrons dans la sémiologie qui suit que l'aspect aigu susceptible d'être rencontré en/aux urgences.

Diagnostic différentiel psychiatrique

- la confusion mentale d'origine émotionnelle ;
- l'amnésie transitoire globale ;
- l'amnésie dans les troubles mentaux :
 - dans la psychopathie,
 - dans la psychose,
 - amnésie iatrogène ou simulée,
 - amnésie et états limites ;
- l'amnésie psychotraumatique ;
- l'amnésie dissociative ;

- l’amnésie dans les autres troubles dissociatifs y compris le syndrome de Ganser ;
- l’amnésie psychogène.

1. Confusion mentale

Des maladies endocriniennes peuvent entraîner des symptômes psychiatriques, et de manière prépondérante, la confusion mentale mais elle peut être aussi un syndrome d’origine émotionnelle. Comme chacun sait, le tableau de confusion mentale associe :

- un amoindrissement de la vigilance allant de l’obnubilation légère à la torpeur ;
- une désorientation dans le temps et dans l’espace ;
- une amnésie de fixation laissant ensuite une lacune mnésique ;
- un onirisme variable avec hallucinations parfois terrifiantes ;
- un éventuel déséquilibre biologique qui peut conditionner le pronostic vital.

Contrairement aux formes toxiques, la confusion mentale d’origine émotionnelle s’installe rapidement, réactionnellement. L’annonce du deuil peut engendrer de telles confusions, chez des primipares à l’annonce d’un décès sur apnée du sommeil de leur bébé ou chez des personnes âgées fragilisées émotionnellement et/ou psychiquement.

Le malade est dans un état d’hébétude, semble absent. Il reste figé, mutique, puis de temps en temps s’agite. Il y a dans le tableau qu’il présente une notion de perplexité, d’anxiété. La confusion est marquée par l’obnubilation de la conscience, traduite par un ralentissement des processus intellectuels. Le malade ne se reconnaît pas dans le miroir. Le signe fondamental est la désorientation temporo-spatiale ; on note la présence aussi de troubles mnésiques, de fixation (les faits récents ne sont pas intégrés), d’évocation des faits anciens. L’onirisme et les signes organiques n’ont pas le temps de s’installer dans cette forme transitoire. L’évolution est fonction du terrain et de l’étiologie.

Deux *formes cliniques* de confusion mentale, non directement toxique :

- les formes symptomatiques sont sous une forme ralentie dans la mélancolie, sous une forme agitée (manie, delirium tremens...), ou un facteur organique, pex neurologique (syndrome de Korsakoff) ;
- la forme évolutive qui, débutant par un délire aigu (ou syndrome confusionnel malin), est une forme rare mais grave, touchant principalement les femmes entre 20 et 50 ans. Dans la phase d’état, on note de l’agitation ainsi qu’un refus total de toute alimentation (sitiophobie). Chez les patients déjà diagnostiqués psychotiques, la maladie survient sans cause connue.

2. Amnésie globale transitoire

Depuis la description princeps de Guyotat et Courjon en 1956, cette amnésie a fait l'objet d'études approfondies ; l'amnésie totale, d'une durée de quelques minutes à quelques heures, n'est accompagnée d'aucun autre déficit neurologique.

Étiologies éventuelles :

- chez les femmes, il s'agirait de facteurs de personnalité principalement anxieux ;
- chez les hommes, cela surviendrait dans le décours d'une affection médicale ;
- chez les sujets plus jeunes, une histoire migraineuse serait un important facteur précipitant (7).

3. Amnésie dans les autres troubles mentaux

3.1. Amnésie dans les psychopathies

Près de 10 % des hommes qui ont une grande diversité de délits et/ou crimes attestent d'amnésie pour leurs actes. L'amnésie a lieu le plus souvent pour ceux qui sont violents et plus spécifiquement pour les homicides

Il semble que l'alcool soit l'élément amnésiant surajouté.

3.2. Amnésie chez les simulateurs

On considère à 15 % la fréquence des simulateurs en médecine légale et 7 % en médecine en général. Dans ce haut pourcentage est évidemment incluse la simple exagération. Pour les distinguer des patients présentant des troubles de la mémoire, la convergence d'au moins 2 tests neurocognitifs est le standard diagnostique. Pour des raisons évidentes, les études se concentrent surtout sur les traumatismes crâniens et sur les psychotraumatismes donnant lieu à des tableaux complexes de perturbations mnésiques avec état de stress post-traumatique.

3.3. Amnésie dans la psychose

S'il est aujourd'hui attesté qu'il existe des déficits mnésiques stables dans la schizophrénie, l'amnésie comme telle n'existe pas (8). Le rappel toutefois semble être particulièrement complexe ; du point de vue des épreuves mnésiques néanmoins la schizophrénie ne mérite en rien l'appellation de démence précoce (9).

3.4. Amnésies dans les états-limites

Ce trouble de la personnalité se caractérise par l'instabilité affective, comportementale et par le polymorphisme des symptômes qui peuvent venir des trois structures psychiques connues : névrose, psychose et perversion.

André Green, célèbre psychanalyste, a souvent parlé de l'amnésie chez ces patients (10) ; « l'amnésie porte sur des faits plus ou moins récents. Ceux-ci peuvent concerner des événements de vie adulte, très marquants et souvent très traumatiques – et justement en raison de cela – oubliés. Parfois ce sont des événements tout à fait proches qui ne sont pas évoqués spontanément en séance ». Il cite Litza Guttieres-Green qui « a décrit un syndrome d'amnésie douloureuse, la douleur interdisant le ressouvenir et prenant la place de ce qui ne peut être remémoré ». On trouvera dans son œuvre toutes les indications psychodynamiques, psychanalytiques d'une théorie de l'amnésie.

Il existe des rapports très étroits entre les états-limites et les troubles dissociatifs ; presque tous les patients dissociatifs de l'identité ont ce trouble de la personnalité (± 90 %) par contre, il existe un nombre substantiel de ce type de patients ne présentant que très peu voire pas de troubles traumatiques infantiles ; on note en particulier l'absence des psychotraumatismes sexuels. Sur le plan thérapeutique, Green note que face au tableau clinique et à la prégnance de l'amnésie, « il faut opposer la constance de l'attitude interprétative et la conviction inébranlable dans l'effet de la compréhension analytique, même lorsque le patient fait tout pour laisser croire à l'inutilité de l'analyse » (10). Cela signifie donc qu'il s'agit d'une indication absolue de psychothérapie et d'une indication relative d'autres formes de traitement pour la co-morbidité psychiatrique, particulièrement sévère dans cette pathologie.

4. Amnésie psychotraumatique

4.1. Dans l'immédiat

Elle porte sur les circonstances qui ont suivi l'accident (amnésie antérograde) ou qui l'ont précédé (rétrograde). On sera principalement attentif à une problématique psychopathologique dans le cas où l'amnésie rétrograde est très étendue en l'absence ou quasi-absence d'une amnésie antérograde. Il est également classique de rappeler que l'amnésie rétrograde est importante pendant la période de l'amnésie antérograde (11).

4.2. En période post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (trois mois après le traumatisme) est un trouble anxieux chronique accompagné d'une importante co-morbidité. Les trois groupes de symptômes qui caractérisent ce trouble situé sur l'axe 1 du DSM-IV sont 1) la réexpérience persistante de l'événement traumatique ; 2) les symptômes de vigilance accrue et l'évitement tout aussi persistant ; 3) de stimuli ayant accompagné le trauma. L. Crocq a amplement décrit les syndromes psychotraumatiques (tableau 2) (12).

Les perturbations de la fonction mnésique montrent le contraste entre une *hypermnésie* (involontaire et itérative du syndrome de répétition) et de *l'amnésie*

(élective du trauma, ou de l'un de ses aspects) avec extension rétrograde ou antérograde. L'aspect évitement peut inclure une amnésie pour un aspect important de l'événement traumatique. Les troubles de la mémoire consciente sont :

- des symptômes secondaires qui se développent comme des défenses psychologiques pour annihiler ou au moins éviter les symptômes primaires de la mémoire exacerbée ou de la réexpérience intrusive du trauma. Le déficit de mémoire au moment péritraumatique et la dissociation sont en effet inclus dans le groupe des symptômes de l'évitement ;
- des troubles de la mémoire épisodique déclenchés par un éveil émotionnel trop important sur base cérébrale ou des défenses contre une peur catastrophique dans une perspective psychodynamique (13) ;
- biologiquement, une activation de l'amygdale cérébrale par l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien ; ce mécanisme neuroendocrinien aboutirait à une dysfonction de l'hippocampe comme résultat du stress chronique (hypothèse spéculative).

Le couplage de l'hypermnésie et de l'amnésie peut en effet apparaître comme un paradoxe unique en psychopathologie. L'ESPT peut être un cas particulier du travail de mémoire normal, en particulier si on se réfère à la psychologie expérimentale. Une expérience devenue classique s'appelle l'effet von Restorff, qui illustre l'hypermnésie pour une nouvelle information dans un contexte neutre. Une découverte intéressante dans cette expérience est la co-occurrence de l'hypermnésie pour un stimulus critique qui rend hypervigilant avec un déficit mnésique pour le matériel neutre temporellement environnant. Certaines de ces études ont tenté d'investiguer les phénomènes mnésiques des témoins sous des conditions strictement contrôlées. Dans une de ces études, on montre 1 à 2 courts-métrages à des employés de banques. Une version sensible diffère d'une version neutre par l'ajout d'une scène montrant un impact de balle dans le visage d'un jeune garçon. La rétention d'un détail spécifique anodin commun aux deux films était considérablement plus pauvre chez les sujets qui ont vu le film violent que ceux qui ont vu le film neutre. D'autres recherches expérimentales de perturbations de la mémoire provoquées par les émotions ont démontré l'effet amnésiant sur le matériel neutre lorsque le stimulus critique est par exemple la photo d'un visage déformé d'enfant (versus un visage d'apparence normale) inclus dans une série de dessins d'objets. Des expériences analogues ont été effectuées par Tulving (14), qui a publié une somme qui fait autorité dans le domaine des troubles de la mémoire. Sur un plan psychologique, on peut, à la suite de Crocq dire que l'hypermnésie est une mémoire d'« éprouvés bruts » (15). Elle n'a pas de sens ; l'évitement aussi peut se concevoir comme une forme d'hypermnésie sélective puisque vouloir éviter quelque chose, c'est y penser sans cesse. L'amnésie peut donc jouer comme un déni de l'expérience traumatique ou comme refoulement de cette expérience pénible hors de la conscience.

Le *traitement* des problèmes post-traumatiques de mémoire n'a rien de spécifique, il est lié à l'aspect général du traitement mais ici il revêt un caractère particulier : il a été soutenu depuis plusieurs années que la dissociation péritraumatique (avec sa forte perturbation mnésique) est le prédicteur le plus puissant de l'apparition d'un ESPT. Le debriefing peut donc être particulièrement attentif à la détection de la dimension d'évitement, l'apparition de dissociation spontanée dans l'intensité du dispositif de soutien à ces personnes à titre préventif. Si l'ESPT est installé, différentes formes de traitement s'offrent. Une prise en compte du corps semble impérative pour les patients à forte perturbation mnésique.

5. Amnésie dissociative

L'amnésie dissociative rencontre trois critères :

- un ou plusieurs épisodes d'incapacité de se rappeler une information personnelle importante, généralement de nature stressante ou traumatique. Cet oubli est trop étendu pour être expliqué par un oubli ordinaire ;
- le trouble ne survient pas strictement dans l'évolution d'un autre trouble mental, n'est pas dû à l'effet d'une substance, une pathologie médicale et/ou neurologique ;
- ces symptômes provoquent sur le plan clinique un grand inconfort voire un problème dans le fonctionnement.

On distingue cinq types d'amnésie dissociative selon l'étendue et la variété de l'atteinte mnésique (DSM-IV) (16) :

- amnésie lacunaire, en anglais localized : incapacité à se souvenir d'événements au cours d'une période de temps déterminée ; ex.: les premières heures après un accident traumatique ;
- amnésie sélective : une partie seulement des souvenirs de l'événement est conservée ;
- amnésie généralisée : l'individu se présente aux urgences ou à la police en ayant perdu le souvenir de toute son existence ;
- amnésie continue : incapacité à se souvenir des événements survenus entre un moment donné et le moment présent ;
- amnésie systématisée : perte de mémoire pour certaines catégories d'information, par ex. souvenirs touchant à une personne donnée.

Ces trois derniers types d'atteinte mnésique sont plus rares, s'observant plutôt dans le trouble d'identité dissociative. La littérature montre depuis quelques années une relation entre l'intensité des expériences dissociatives lors de la confrontation à l'événement traumatique et le risque de passage à une chronicisation des troubles traumatiques (17), notamment pour les victimes d'agressions : obscurcissement de la conscience, déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative, etc. Les

éléments péritraumatiques plus que les facteurs pré ou post-traumatiques sont déterminants. La perte soudaine de la mémoire se fait en un épisode. Le patient reste toujours vigilant avant et à la suite de l'épisode. C'est le plus fréquent des troubles dissociatifs en ce sens qu'il survient fréquemment à la suite de catastrophes et en temps de guerre. Il est néanmoins plus fréquent chez les femmes que les hommes ; les adolescents et jeunes adultes sont la population la plus atteinte. L'étiologie est l'existence d'un trauma émotionnel avec un délai variable (problèmes familiaux infantile ou violences conjugales). L'amnésie connaît une fin abrupte. Les rechutes comme telles peuvent être considérées comme rares (18).

5.1. Mécanisme des amnésies dissociatives

Plusieurs modèles ont tenté de rendre compte des amnésies dissociatives.

L'un d'entre eux est appelé celui de la dissociation structurale, modèle hollando-flamand (19). Dans ce modèle, il y aurait une « personnalité apparemment normale » qui ne présente aucun trait psychopathologique et qui peut avoir une amnésie totale ou partielle pour le psychotrauma et une personnalité émotionnelle qui fixe les réactions et les expériences traumatiques. Ces souvenirs traumatiques sont très différents des récits du trauma. Les souvenirs traumatiques à l'état latent ou dormant peuvent être réactivés par des expériences déclenchantes et impliquent, dans ce délai de reviviscence, très fortement le corps. Les enfants abusés sexuellement se souviennent de leur trauma sous forme de comportements ou de perceptions sensorielles. La mémoire traumatique est souvent associée avec une image différente du corps et un sens particulier du moi. Ainsi, l'exposition aux événements traumatiques interfère globalement avec le processus normal intégratif de l'expérience. Les mémoires traumatiques se fixent dans des compartiments de l'esprit qui ne sont pas pleinement connectés avec les systèmes de la mémoire explicite et implicite. Ceci a pour résultat que la victime présente des tableaux cliniques avec une alternance de reviviscence post-traumatique pénible et des états normaux en apparence. La dissociation facilite apparemment l'adaptation à court terme mais est aussi la source de pathologie à long terme.

6. Amnésie dans les autres troubles dissociatifs

Parmi les types d'amnésie aiguë, on retiendra celle qui survient dans le décours des crises pseudo-épileptiques. Le **tableau 1** donne les titres francophones et anglo-saxons pour cette réalité diversement dénommée. Ce symptôme accompagne à la fois les tableaux des troubles dissociatifs atypiques et les grandes conversions. L'amnésie postcritique est une grande manifestation de la crise d'hystérie convertive ; elle se manifeste évidemment dans le contexte de la personnalité hystérique et de la névrose convertive déclenchée marquée par les symptômes permanents affectant le corps neurologique. Il en est fait mention ici à cause des nombreux antécédents de psychotraumatismes infantiles et de la

Tableau 1 – Synonymes de pseudoépilepsie (Pseudoseizures)

- Crises non épileptiques – Nonepileptic seizures (NES).
- Crises psychogènes non épileptiques – Nonepileptic psychogenic seizures
- Crises d’hystérie – Hysterical seizures
- Crises psychogènes – Psychogenic seizures
- Hystéroépilepsie – Hysteroepilepsy
- Attaque non épileptique – Nonepileptic attack disorder (NEAD)
- Nonepileptic events (NEE)
- Crises de conversion non-épileptiques – Nonepileptic conversion seizures (NECS)
- Attaques psychogènes – Psychogenic attacks
- Attaques hystériques – Hysterical attacks
- Crises fonctionnelles – Functional seizures
- Pseudoépilepsie – Pseudoepilepsy
- épilepsie hystérique – Hysterical epilepsy
- Attaques pseudoépileptiques – Pseudoepileptic attacks
- Crises psycho – Psycho seizures
- Forme hystérique – Hysterical fit
- Crises pseudoépileptiques – Pseudoepileptic seizures
- Pseudocrises convulsives – Convulsive pseudoseizures

Tableau 2 – Structure des syndromes psychotraumatiques selon Crocq

A – L’événement traumatique

Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. Le sujet a été confronté à un événement violent et exceptionnel pour un sujet donné et à la conjoncture de la situation.
2. La réaction du sujet à l’événement s’est traduite par un sentiment d’effroi, d’incompréhension ou d’absence, de secours.

B – Le syndrome de répétition

Présence du syndrome pathognomonique de répétition, se manifestant dans les combinaisons diverses de ses huit modalités, trois registres d’expression et trois types de circonstances.

Huit modalités de manifestation :

1. L’hallucination.
2. L’illusion.
3. Le souvenir forcé.
4. La rumination mentale.
5. Le vécu comme si l’événement allait se reproduire.
6. La réaction motrice élémentaire.
7. La conduite répétitive.
8. Le cauchemar de répétition.

Trois registres d’expression :

1. La détresse psychique.
2. L’orage neurovégétatif.
3. L’attitude de défense de raidissement du corps.

Trois circonstances de survenue :

1. Apparition spontanée.
2. Apparition en réponse à un stimulus évocateur.
3. Apparition à la faveur d’une baisse du niveau de conscience.

C – La personnalité traumato-névrotique

Remaniement sous-jacent de la personnalité, donnant lieu à l’affirmation d’une « personnalité traumato-névrotique », caractérisée par un triple blocage des fonctions du moi :

– *Blocage de la fonction de filtration de l’environnement :*

1. état d’alerte.

Tableau 2 – Structure des syndromes psychotraumatiques selon Crocq

2. Sursaut à tout stimulus.
 3. Résistance à l'endormissement, réveils fréquents.
 4. Attitude de prospection-évitement.
 5. Retrait à l'égard de l'environnement.
- *Blocage de la fonction de présence au monde* :
1. Réduction de l'intérêt pour des activités motivantes.
 2. Impression de détachement du monde.
 3. Impression d'avenir bouché.
- *Blocage de la fonction d'amour et de relation aux autres* :
1. Sentiment de détachement d'autrui.
 2. Régression narcissique.
 3. Irritabilité.
 4. Retrait social.

D – Les symptômes non spécifiques

Présence fréquente de symptômes non spécifiques, tels que :

1. Asthénie physique, psychique et sexuelle.
2. Anxiété.
3. Superstructures psychonévrotiques hystériques, phobiques ou obsessionnelles.
4. Troubles psychosomatiques.
- 5.. Troubles de la conduite.

E – Les troubles sont durables

F – La perturbation entraîne une souffrance psychique et une invalidation sociale variable

- Affection durable, voire chronique.
- Temps de latence obligatoire.

Tableau 3 – Exemples de questions pour investiguer l'amnésie

- « Ramenez-vous des tests ou des devoirs que vous ne vous souvenez pas d'avoir fait ? (si oui : pouvez-vous me donner un exemple ? ou pouvez-vous m'en dire plus ? »
- « Êtes-vous allé quelque part pour faire quelque chose et puis vous vous êtes aperçu que vous l'aviez déjà fait ? »
- « Vous retrouvez-vous parfois en train de faire quelque chose ou d'aller quelque part et vous ne savez pas pourquoi ? »
- « Vous êtes-vous surpris vous-même parce que vous connaissiez quelque chose et vous ne savez vraiment pas comment vous l'avez appris ? »
- « Avez-vous affronté un problème alors que vous l'avez déjà résolu ou aviez pensé le faire ? »
- « Êtes-vous si doué pour jouer ou mentir que vous vous trompez vous-même ? »
- « Pensez-vous que vous ne pouvez vous souvenir de choses dont vous pourriez vous souvenir mais que vous n'y arrivez pas ? »
- « Est-ce que les gens vous parlent de choses dont vous devriez vous souvenir mais vous n'y arrivez pas ? »

riche histoire symptomatique. On se trouve ici typiquement avec un symptôme mixte de trois pathologies psychiatriques : les troubles dissociatifs en tant que pathologie post-traumatique, les symptômes conversifs de la névrose hystérique et les manifestations névrotiques chez des patientes traitées pour affection épileptique. Ces symptômes sont le plus souvent observés chez les adultes ; ils sont rares chez les enfants ou les adolescents. Il faut les rechercher (19).

Tableau 4 – Critères diagnostiques suivants pour le Trouble Dissociatif de l'Identité DSM-IV-TR : Axe I, 300.14

- A. La présence de deux identités ou plus ou états de personnalité (chacun avec son liide de perception, relation, pensée de l'environnement et de soi).
- B. Au moins deux de ces identités ou états de personnalité prend le contrôle de manière récurrente du comportement de la personne.
- C. Incapacité de se souvenir de l'information personnelle importante qui est trop étendue pour être expliquée par un oubli ordinaire.
- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (entre autre blackouts ou comportement chaotique pendant l'intoxication alcoolique) ou un problème médical général (par exemple les épilepsies partielles complexes). Note : chez les enfants, les symptômes ne sont pas attribuables à des compagnons imaginaires ou d'autres jeux fantaisistes.

L'amnésie est un grand classique de la fugue dissociative, affection rare. L'amnésie est transitoire, une identité nouvelle est parfois prise mais alors l'amnésie est générale. Les autres troubles dissociatifs sont les fugues dissociatives, les troubles dissociatifs atypiques, les dépersonnalisations et les troubles dissociatifs de l'identité (TDI) ou la personnalité multiple. Le **tableau 4** rappelle les critères de ce trouble de moins en moins controversé. La plupart des psychothérapeutes utilisent des questionnaires pour confirmer leur diagnostic.

Un modèle étiologique requiert l'établissement de 4 facteurs pour que le TDI se développe : 1) la capacité à la dissociation ; 2) les expériences qui submergent l'adaptation non-dissociative de l'enfant ; 3) la structuration secondaire des identités alternées avec des caractéristiques individualisées comme des noms, âges et sexe ; 4) manque d'apaisement et expériences restauratrices qui laissent l'enfant découvrir des voies pour se consoler après des expériences submergeantes (20). Le TDI est reconnu de plus en plus comme étant un désordre dissociatif chronique post-traumatique. Plus de 90 % des patients souffrant de personnalités multiples ont subi au cours de leur enfance des abus sexuels et/ou physiques graves. Diverses théories permettent de comprendre cette maladie et de conduire le traitement. Un modèle effectif de traitement par étape existe (21). Le travail propre concernant les souvenirs traumatiques doit tenir compte de généralités puisqu'il y a une amnésie complète des personnalités. Le cœur de ce syndrome est en effet l'amnésie d'une personnalité pour les autres (appelées alters). Le travail de fusion consiste à lever l'amnésie ou compartimentalisation (**tableau 5**) (22). Il existe des instruments remplis par le clinicien et des instruments remplis par les sujets (**tableau 6**).

7. Amnésie psychogène

Il ne s'agit pas d'en revenir à une étiologie traumatique de l'hystérie. Le déclenchement de souffrance névrotique sur une mode conversif sort de toutes possibilités d'étiologie traumatique dans le phénomène dit de « hystérie collective » ou plus simplement provoqué par un fantasme qui sert l'économie individuelle.

Tableau 5 – Dimensions à prendre en compte pour la levée d’amnésie chez les TDI (Kluft, 1997)

1. Coopération active du patient.
2. Motivation réelle du patient.
3. Circonstances concrètes de la vie actuelle du patient (stress, soutiens, crises).
4. Existence de co-morbidités actives.
5. Forces du moi.
6. Dépassement des phases préliminaires de la psychothérapie.
7. Progrès dans les différents aspects de la dimension psychothérapeutique (alliance thérapeutique !).
8. Engagement du thérapeute dans ces phases.
9. Considérations logistiques.

Tableau 6 – Les échelles pour l’évaluation des troubles dissociatifs

A. Remplies par l’examineur

L’interview semi-structurée pour le diagnostic – dissociation : **SCID-D** (Steinberg, 1994). L’interview clinique structurée pour les troubles dissociatifs selon le DSM-IV dans sa version révisée (SCID-D-R), 277 phrases qui évaluent cinq symptômes de la dissociation : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion de l’identité et altération de l’identité. La plupart des phrases ont des questions de suivi qui requièrent une description de l’expérience, des exemples spécifiques et une estimation de la fréquence de l’expérience et l’impact sur le fonctionnement social et la performance au travail. Score pour chacun des cinq symptômes dissociatifs et un score total basés sur la fréquence et l’intensité des symptômes.

Le Questionnaire d’Évaluation des troubles dissociatifs : **DDIS** (Ross, 1997).

132 phrases (oui/non), cinq troubles dissociatifs, le trouble somatisé, personnalité état-limite et le trouble dépressif majeur, etc. Sensibilité de .95 (TDI) ; faux positifs (TDI) dans 1 % des cas.

B. Remplies par le patient

L’Échelle des Expériences Dissociatives : **DES** (Bernstein & Putnam, 1986).

28 phrases, distingue dissociation normale et pathologique ; version adolescents/plusieurs langues.

Le Questionnaire de Dissociation : **DIS-Q** (Vanderlinden, Van Dijck, Vandereycken, Vertommen & Verkes, 1993).

63 sentences, outil discriminant européen.

L’Inventaire Multidimensionnel de la Dissociation : **MID** (Dell, 2004).

218 phrases constituant une mesure multi-échelles de dissociation pathologique qui pose un diagnostic et procure un profil dissociatif nuancé ; seule mesure de dissociation qui a des échelles de validité : niveau de défense, symptômes rares, comportement qui recherche de l’attention, comportement simulateur et souffrance névrotique.

L’exemple type est celui de ceux qui ont présenté des symptômes post-traumatiques d’imitation. Ces soldats ou civils, canadiens après la Première Guerre, ont présenté des troubles (le fameux shell shock, ou le syndrome du vent du boulet), alors qu’ils/elles n’avaient jamais mis les pieds en France ni dans le moindre conflit (**tableau 7**) (23). Il nous paraît, dès lors, tout à fait tenable de défendre à la fois une névrose hystérique, dont la dynamique est fantasmatique et une névrose traumatique, où se mélangent hypermnésie et amnésie. Cette dernière peut donc être appelée, à mon sens, « amnésie hystérique » ou « amnésie

Tableau 7 – Le symptôme hystérique par contagion

« Although the majority of these cases have come in diagnosed as shell shock, one is driven to the conclusion that this is scarcely the main factor, although it may be the immediately exciting one. Many of the individuals suffering from these symptoms have not been exposed to the action of shell fire, never having been to France, and in many who have been and who, when asked what they complain of, give the self-sufficient answer, "Shell Shock", it is learned on closer questioning that there has been no actual personal contact with the effects of shell explosions such as could possibly produce any pathological lesion of any organ or tissue. Many state that they lost consciousness, but on closer questioning that there has been no actual personal contact with the effects of shell explosions such as could possibly produce any pathological lesion of any organ or tissue. Many state that they lost consciousness, but on close examination it appears more likely that it was rather a state of hysterical amnesia." (Kerr Russell).

psychogène ». C'est bien elle que nous voyons levée dans la dynamique de cette polémique surréaliste (au sens propre) des faux souvenirs. Bien sûr, dans certaines névroses hystériques, la substitution du souvenir à la réminiscence pathogène guérit mais Freud affirme que la prise de conscience peut être obtenue par la conviction qu'emporte une vérité construite ou reconstruite. Outre qu'il y a très rarement une hypermnésie, même partielle et que la mémoire émotionnelle – corporelle – peut s'entendre sur le mode conversif, nous pensons avec d'autres que la prise de conscience est d'abord une « familiarisation avec la réalité du fonctionnement mental du patient marqué par la discontinuité, le manque et la perte » (24). Ce que nous ont appris tant la psychologie expérimentale que la psychanalyse c'est que le récit et la conscience de la réalité historique sont reconstitués. Que le social s'en serve pour donner suite à une logique de réparation et de reconnaissance ne doit pas faire méconnaître et encore moins récuser ni les abus réels, ni la souffrance névrotique.

Références bibliographiques

1. Bolzinger A. Typologie des évocations du passé. Bulletin de psychologie 1989 ; tome XLII (389) : 268-73.
2. Ricœur P. L'écriture de l'histoire et la représentation du Passé, discours du 13/6/2000. Le Monde, 15 juin 2000.
3. Enriquez M. L'enveloppe de mémoire et ses trous. Topique 1988, 2 : 185-205.
4. Vial C. Le phénix malgré lui. Amnésies d'anciens combattants. Bulletin de psychologie 1989 ; tome XLII (389) : 297-302.
5. Bloch H, Chemama R, Gallo A. Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse, Paris, 1994.
6. Neuburger R. Temps individuel, temps systémique. Cahiers de psychologie clinique 1999, 12 : 111-8.
7. Quinette P, Guillery-Gérard B, Dayan J, et al. What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and thorough study of 142 cas. Brain 2006 ; 129 : 1640-58.
8. Janssen F, Peuskens J, D'haenens M, et al. Les troubles de la mémoire chez les patients schizophrènes. Neurone 2001 ; supplément 6 (8) : 1-10.

9. Samsonovich AV, Nadel L. Fundamental principles and mechanisms of the conscious self. *Cortex* 2005 ; 41 (5) : 669-89.
10. Green A. La remémoration : effet de mémoire ou temporalité à l'œuvre. *Revue Fr Psychanalyse* 1990 ; tome LIV, volume 4 : 947-72.
11. Ramaswamy S, Madaan V, Qadri F, et al. A Primary Care Perspective of Posttraumatic Stress Disorder for the Department of Veterans Affairs. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005 ; 7 (4) : 180-7.
12. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Odile Jacob, Paris, 1999, 422 p.
13. Layton B, Krikorian R. Memory mechanisms in Posttraumatic Stress Disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002 ; 14 : 254-61.
14. Tulving E, Craik FIM. *The oxford handbook of memory*. New York, Oxford University Press 2000, 700 p.
15. Crocq L. Trauma et mémoire. Perspective historique. *Stress et Trauma* 2006 ; 6 : 197-206.
16. American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV critères diagnostiques*. Masson, Paris, 1996, 361 p.
17. Vaiva G, Lebigot F, Boss V, et al. Détresse péritraumatique après un accident grave de la circulation. Valeur prédictive pour un PTSD à deux mois. *Stress et Trauma* 2001 ; 1 (5) : 273-80.
18. Kaplan H-I, Sadock B-J. *Manuel de poche de psychiatrie clinique*, éditions Pradel, Paris 2^e éd., 2005, 596 p.
19. Nijenhuis ERS, van der Hart O. Forgetting and Reexperiencing Trauma. From Anesthesia to Pain. *Images of the Body in Trauma* (chap. 2). Jean Goodwin and Reina Attias (Eds.). Basic Books, New York, 1999, 315 p.
20. Read J, Mac Gregor K, Coggan C, Thomas D. Mental Health Services and Sexual Abuse: the Need for Staff Training. *J Trauma & Dissoc* 2006 ; 7 : 33-50.
21. Kluft RP. Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatry Clin North Am* 1984 ; 7 : 9-29.
22. Kluft RP. On the treatment of the traumatic memories of DID patients: always? Never? Sometimes? Now? Later?. *Dissociation* 1997 ; X : 80-90.
23. Kerr Russell C. A study of certain psychogenetic conditions among Soldiers. *Can Med Assoc J* 1917 ; 7 (8) : 704-20.
24. Braunschweig D. Mémoire : question de topique. *Revue Fr Psychanalyse* 1990 ; LIV : 4 : 1023-32.

