

Porter le nom de son agresseur : la théorie d'une dissociation par le nom de famille dans certaines psychopathologies et la nécessité d'une complémentarité des formations

Par Antonin ROSSANINO-LODS*, Jérôme PALAZZOLO**

Résumé

Que se passe-t-il lorsqu'au sein d'une famille, un enfant est victime d'une agression, telle qu'une agression sexuelle, portée par un parent qui porterait le même nom de famille que lui ? Cela pourrait-il avoir une incidence dans sa capacité à s'identifier soi-même ainsi que dans son développement personnel et cérébral, voire dans le déclenchement d'une maladie psychiatrique ? Au-delà des frontières de la psychologie, la société est-elle encline ou formée à répondre à une telle problématique ? Ces questions entourent la théorisation des répercussions délétères d'une exposition continue à un nom de famille devenu anxiogène, pour ce qu'il rapproche du traumatisme.

Mots-clés: nom de famille, trouble de stress post-traumatique, TSPT, exposition, viol, agressions sexuelles, violences familiales, inceste, emprise, dissociation, dépersonnalisation, schizophrénie, droit, psychologie, psychiatrie, neurosciences, juriste, code civil, procédures, changement de nom, cortex préfrontal dorsolatéral, écoles universitaires de recherche, transversalité

Abstract

What happens when a child in a family is the victim of an assault, such as a sexual assault, carried out by a parent with the same last name as him ? Could it have an impact on his ability to identify himself as well as on his personal and cerebral development, even in the triggering of a psychiatric illness ? Beyond the borders of psychology, is society inclined or formed to answer such an interrogation ? These questions surround the theorizing of the deleterious repercussions of a continuous exposure to a family name that has become anxiety-provoking, for what brings it closer to trauma.

Keywords: last name, post-traumatic stress disorder, PTSD, exposure, rape, sexual assault, domestic violence, incest, hold, dissociation, depersonalization, schizophrenia, law, psychology, psychiatry, neuroscience, lawyer, civil code, procedures, name change, dorsolateral prefrontal cortex, university research schools, transversality

* Psychologue, Université Côte d'Azur.

** Psychiatre – Psychothérapeute (MD, PhD, HDR), Nice (France) ; Professeur au Département Santé de l'Université Internationale Senghor (Opérateur direct de la Francophonie), Alexandrie (Egypte) ; Chercheur associé au LAPCOS (Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales), Université Côte d'Azur (France).

Le rapport à la filiation lorsqu'il y a inceste

« Le plus beau patrimoine est un nom révééré » écrit Victor Hugo dans *Odes et Ballades* (1). En effet, selon le lexique des termes juridiques des éditions Dalloz, le nom de famille établit un lien de filiation (2), à l'égard d'un parent voire des deux, afin de pouvoir identifier et individualiser la personne dans la société en faisant figurer cet élément sur ses actes civils parmi d'autres que sont le(s) prénom(s), le sexe, la date, heure et lieu de naissance, la nationalité et le domicile (3). Sur le plan marital, ce legs patronymique peut également être révééré par le conjoint à titre d'usage, tel que c'est prévu par l'article 225-1 du Code civil. Cependant, quoi qu'en dise Victor Hugo, en France le Code civil prévoit aussi la possibilité de changer de nom, de le modifier, que ce soit par intérêt légitime, par naturalisation, parce qu'il y a établissement d'un nouveau lien de filiation ou encore qu'il y a volonté d'identité unique malgré une bi-nationalité. Le premier cas, prévu à l'article 61, nous intéresse davantage car, à l'antipode du propos de Victor Hugo, nous pouvons nous demander ce qu'il en est de la modification du nom de famille dès lors que ce dernier devient un tel fardeau pour la personne qu'il est urgent de pouvoir le renier ? Autrement dit, quid du rapport unissant la victime à son nom, dès lors que ce dernier est aussi porté par son agresseur ?

« Toute personne qui justifie d'un intérêt légitime peut demander à changer de nom » annonce l'alinéa 1 de l'article 61 du Code civil, mais cette disposition ne saurait à elle seule conclure la problématique.

Prenons l'exemple malheureux du viol incestueux. Toujours dans le domaine du droit français, le viol est défini par l'article 222-23 du Code pénal selon ces termes : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » Il est par ailleurs « puni de quinze ans de réclusion criminelle ». En 2017, le Ministère de la Justice rapporte 16 000 plaintes pour viol (4), et cela n'inclue pas les victimes qui n'ont pas osé faire les démarches. En effet, s'il est déjà difficile pour une victime de se considérer comme telle, la procédure est d'autant plus compliquée dès lors que le viol a lieu dans la sphère familiale : sur un échantillon mondial réuni par l'OMS en 2014, 20 % des femmes et près de 10 % des hommes ont fait l'expérience du viol durant l'enfance et 70 % de ces agressions ont été commises par un parent proche (5). Nous pouvons de facto nous préoccuper des répercussions sur les repères de ces mineurs et sur leur rapport à la filiation.

L'aliénation de soi à l'agresseur

De manière générale, on impute à l'agresseur sexuel un trouble de la personnalité antisociale (6) qui se caractérise notamment par une tendance à l'utilisation d'autrui, un mépris de la sécurité ou des règles et une absence totale de remord (7). Le schéma classique est même celui de l'inversion des responsabilités à laquelle

la victime, malgré elle et en raison de sa fragilité, va adhérer: ceci s'explique par un phénomène de sidération au moment des faits duquel découle le sentiment d'impuissance et de culpabilité amplificateur d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (8). Cette confusion autour de la responsabilité enferme alors la victime dans le système de pensée de son agresseur, l'empêchant d'être elle-même (9). Concevons dès lors l'hypothèse selon laquelle en plus d'être sous le joug de la personnalité de son agresseur, la victime est sous le joug de son nom car elle le porte aussi. Alignée, il sera d'autant plus difficile pour elle de s'en délivrer si l'on en croit les théories systémiques qui stipulent que l'enfant est à même à prendre sur lui pour veiller à l'équilibre d'une famille dysfonctionnelle, quitte à en devenir son symptôme, camouflant son mal sous un autre, et à voir ses représentations altérées (10). Au regard de tout cet engrenage, le droit est-il capable d'arracher la victime à cette filiation pathogène?

L'application de l'article 61 aurait le mérite de soulager la victime de ce nom susceptible de la peser au point de l'empêcher de réinvestir son Soi, mais les obstacles vers cette procédure sont conséquents.

Les limites du droit français

En premier lieu, de telles violences doivent être repérées pour permettre une action quelle qu'elle soit. Nous l'avons vu, cela n'est pas toujours évident qu'une victime, à plus forte raison lorsque cela se déroule dans le cercle familial, fasse part spontanément de son expérience. L'article 375 du Code civil reconnaît le mineur en danger dès lors qu'il en va de sa santé ou de sa sécurité, et toute expression physique ou comportementale d'une telle atteinte doit être signalée, tel que prévu par l'article L226-4 du Code de l'action sociale et des familles, par les membres d'établissements publics ou privés susceptibles de rencontrer ce type de cas. Ensuite, une fois la procédure pénale engagée, il faut rester conscient des répercussions bio-psycho-sociales (11), d'autant que le DSM-5 rappelle qu'une exposition aux violences sexuelles est un critère diagnostique du TSPT (p.350) (12). Si les circonstances sont favorables, la prise en soin multimodale du traumatisme devrait permettre pour la victime une re-contextualisation de son vécu, et donc un remodelage de ses repères; à titre d'exemple, des approches psychothérapeutiques sont expressément recommandés par l'INSERM en 2004, telles que les TCC ou l'EMDR (13). A ce moment-là, face à la question de la filiation, peut découler l'intérêt légitime d'une rupture par le changement de nom. Celui-ci est donc prévu à l'article 61 du Code civil mais, malgré ce schéma procédural, est-ce toujours aussi simple que ça?

Nous avons vu que les chances pour qu'un individu se sorte d'un milieu familial néfaste ne sont pas évidentes, et le droit n'est pas toujours une aide providentielle. Par exemple, l'article 61-3 rappelle que c'est seulement à partir de ses treize ans, que le consentement de l'individu puisse prévaloir dans le cadre d'un changement de nom dès lors que celui-ci ne concerne pas un changement de nature de la filiation (ex: adoption ou reconnaissance d'un parent).

Cela suppose qu'un enfant de moins de cet âge devra continuer à se construire en étant exposé au nom de son agresseur à chaque fois qu'il sera identifié : or la récurrence d'une exposition au stimulus traumatique - ou associé par conditionnement, selon un phénomène de généralisation courant dans le trouble (14) – peut renforcer la vulnérabilité et les désordres psychiques de l'individu (15), d'autant plus que l'enfance est une période décisive dans le développement cérébral dont la maturation des réseaux de neurotransmetteurs sérotoninergiques et noradrénergiques - impliqués dans les réponses émotionnelles – peut être altérée de manière persistante lorsqu'il y a perturbation infantile (16).

Par ailleurs, il est bon de rappeler que l'intérêt personnel est soumis à l'opinion d'un magistrat qui n'est pas nécessairement formé au psychotraumatisme. Ainsi ses conclusions ne sont pas toujours les plus informées. A cela s'ajoutent les besoins de l'investigation et la défense du principe de présomption d'innocence de l'accusé devenu incontournable dans notre ordre juridique depuis l'article 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. L'instruction peut être effectuée avec plus ou moins de subtilité, voire au détriment des mécanismes psychiques et de la sensibilité de la victime, qui selon les circonstances verrait sa version des faits décortiquée, confondue, voire nuancée. Ceci est susceptible d'alimenter cette culpabilisation qu'elle endure déjà le plus souvent auprès de son entourage – surtout s'il y a des enjeux familiaux – comme dans sa propre psyché. Si les juristes ne sont pas avertis des complications du TSPT, si les psychologues ont une méconnaissance des moyens d'action légaux ou des prescriptions, si la communication entre experts ne trouve pas de point de rencontre, et à l'aune de ce type de cas, la question d'une complémentarité transversale de la psychologie et du droit, par un croisement des formations, apparaît essentielle.

La question de la transversalité disciplinaire

Cette question a déjà été saisie par l'Université Côte d'Azur dans sa dynamique de création d'Ecoles Universitaires de Recherches (EUR), définie par le décret N° 2019-785 du 25 juillet 2019. Ces EUR rassemblent autour d'actions communes les enseignements jusqu'alors séparés par des Unités de Formation et de Recherche, afin d'en mutualiser les ressources, de les développer et donc de valoriser les composantes des disciplines partenaires. L'élargissement du champ des connaissances autour de la thématique si complexe qu'est l'humain, quand on sait qu'une matière seule ne pourrait parfaitement l'apprécier, est ce besoin contemporain traduit par les lacunes que peuvent rencontrer différents professionnels dans leur travail et leurs échanges. L'exemple, si dur tant à mentaliser qu'à verbaliser pour la victime, qu'est celui du viol incestueux, du TSPT et de l'exposition au nom, est surtout celui qui rappelle que pour estimer les mécanismes, les enjeux et le contexte multifactoriel de la situation, une seule approche fractionnée des autres ne saurait faire les liens que nous nous efforçons de faire dans cet article.

La chronicisation de l'exposition et des symptômes dissociatifs

Au-delà du lien entre droit, social et psychologie, la médecine apporte aussi un regard pertinent dans la mesure où les interactions neurochimiques et le développement des substrats anatomiques revêtissent un intérêt primordial dans la psychopathologie. Si le DSM-5 nous renseigne d'emblée sur la causalité d'une violence sexuelle et sur l'éventualité d'une dissociation durant un traumatisme tout comme de sa persistance dans le TSPT, voire plus largement dans les troubles anxieux, ce sont les sciences médicales qui nous permettent d'aborder le phénomène de dissociation par celui de l'hyperventilation. L'hyperventilation, qui se retrouve fréquemment dans les troubles anxieux (17), s'explique par une respiration très forte et rapide en tant que réponse au stress, engendrant de facto un déséquilibre entre O² (qui rentre) et CO² (qui sort). Les symptômes que cela provoque, entretenant par ailleurs le trouble anxieux puisque leur observation suscite à son tour du stress (18), incluent : la confusion, le sentiment de souffle coupé, les vertiges, la sensation de tête vide, la déréalisation (sentiment d'étrangeté, d'environnement irréel), la dépersonnalisation (sentiment d'être amputé de soi-même, d'identité brouillée, ou en somme de ne plus être acteur de sa propre expérience) (19), etc. Ces deux dernières manifestations s'intègrent dans la catégorie des troubles dissociatifs, synonymes de distorsions perceptuelles, mnésiques, émotionnelles et temporelles (20).

Si déjà, en 2008, Hubschmid et al constatent dans la littérature empirique une prévalence des troubles dissociatifs chez les victimes d'abus comparativement aux troubles de l'affection (21), et si tel que nous l'avons étudié il y a donc de façon générale une inclinaison des troubles anxieux à la dépersonnalisation, nous pouvons supposer que cette dernière peut être accentuée dans le cas qui nous préoccupe. Ainsi, nous pourrions interroger le concept de dissonance cognitive vis-à-vis du port de son propre nom dès lors qu'il est aussi celui de son agresseur sexuel. Ce concept élaboré par Léon Festinger rend compte de cet inconfort psychologique généré par un conflit émotionnel et/ou de posture personnelle (22). Jusqu'où peut aller une confrontation contrainte, répétée et identificatoire au stimulus aversif qu'est devenu le nom de famille ? Le rapport à cette exposition est-il susceptible de se rigidifier ? La rigidité étant l'un des premiers couvercles de la psychopathologie (23), s'exprimant par l'incapacité à se rapprocher de ses valeurs personnelles en raison soit d'une fusion aux pensées obsédantes, soit d'un évitement des expériences potentiellement anxiogènes. Bien que pathologiques, ces deux stratégies se veulent auto-protectrices et se retrouvent dans le TSPT (24), notamment la seconde qui, dans le cas qui nous intéresse ici, échouerait autant de fois que la victime serait nommée, tandis que son accès aux ressources personnelles est quoi qu'il en soit compromis par une identification à l'agresseur (25) au-delà du nom. Si nous théorisons que cette identification délétère est d'autant plus renforcée par l'attribution du nom lui-même et qu'aucun mécanisme d'évitement mis en place par la psychopathologie ne fonctionne, il est essentiel de se questionner sur la matière dont la chose peut se chroniciser et s'aggraver. En effet, dans leur

étude de 2002, Corcoran et ses collaborateurs sont partie du lien de cause à effet entre le TSPT et la schizophrénie qu'ils ont mesuré à l'aune des progrès en neurobiologie : ils ont ainsi remarqué que l'action du stress sur l'hippocampe jouait un rôle à l'égard de la vulnérabilité neurale et latente que présente le sujet schizophrène en raison de ses bagages génétiques et d'un environnement précocement agressif (26). Une autre étude plus récente, cette fois proposée par Dallel, Cancel et Fakra, a par ailleurs exploré la comorbidité qui existe entre le TSPT et le trouble du spectre de la schizophrénie, car souvent ignorée à cause du chevauchement des symptômes. Sur la base de 38 recherches menées sur des patients souffrant du trouble du spectre de la schizophrénie, les auteurs ont d'une part fait ressortir une prévalence importante du TSPT comparativement à la population générale, et d'autre part démontré une vulnérabilité plus accrue chez ces sujets-là à être exposé à un traumatisme (27).

Notre présupposé se penche particulièrement sur la question de la dépersonnalisation, que nous avons tout à l'heure abordée au sein de la symptomatologie du TSPT, et qu'une exposition continue à un nom aversif qui serait le sien propre, peut parfaitement justifier dès lors que non seulement il nous est impossible d'investir son Soi, mais qu'en plus on le fuit. Nous voyons ainsi se configurer le cheminement d'un conflit intérieur que justifie le port du nom de son agresseur, qui pour s'en détacher alimenterait une dépersonnalisation permanente, éprouvante, et qui sur le long terme pourrait accompagner la manifestation d'une schizophrénie. Ceci se confirme par la présence d'antécédents traumatiques dans la schizophrénie à plusieurs reprises soulignée par la littérature scientifique actuelle, qui quant à elle n'hésite pas à préciser l'éventuelle nature familiale et affective de ces antécédents (28). Cela intègre dans notre logique d'une exposition impossible au nom de l'agresseur, toute violence conséquente rencontrée à l'enfance qui ne soit pas forcément d'ordre sexuel. A ce propos, bien que leur construction ne tende pas tout-à-fait du côté de notre logique, il est intéressant de remarquer les signifiants empruntés par certains chercheurs philosophes ayant contribué à la psychologie, qui théorisaient par le mécanisme de la «forclusion du nom-du-père» chez les schizophrènes, un échec ou rejet de la représentation paternelle (en tant que fonction paternelle qui n'est pas l'exclusive propriété d'un père physique) (29). Nous pourrions à cet instant expliquer cette forme de déni autrefois constatée, par le schéma que nous avons tracé, peu importe que l'agresseur soit le père ou tout autre parent possédant le même nom.

Les incidences développementales du TSPT et leur lien avec la schizophrénie

Cette perspective ne doit pas omettre les incidences développementales (16) d'une évolution phagocytée par ces violences, leur exposition continue par le nom, et tout autre symptôme qui se chronicise comme la dépersonnalisation. Si nous savons déjà que le cortex préfrontal, impliqué dans les capacités adaptatives avancées telles que l'inhibition (30), n'arrive à maturation que vers l'âge

de 24-25 ans (31), la perturbation de ce processus se repère dans la schizophrénie grâce à l'article de Davis et al en 1991. Les auteurs y ont remarqué un déficit préfrontal se caractérisant par une activité dopaminergique basse de cette région du cerveau corrélée à une activité dopaminergique haute dans la voie méso-limbique, elle-même impliquée dans les symptômes positifs de la maladie (tels que les délires, les hallucinations) (32). Dix ans plus tard, c'est Hoffman et McGlashan qui ont remarqué que le développement synaptique différait chez les sujets schizophrènes, réduisant la connectivité cortico-sous-corticale (33). Bien que dans une analyse transversale, la littérature scientifique détermine plus précisément la comorbidité du TSPT et de la schizophrénie au travers des symptômes négatifs de la maladie (tels que l'émoussement affectif, le repli sur soi, la perte de plaisir, etc.) (34), l'on pourrait aussi supposer un lien de cause à effet entre un TSPT préexistant et les conséquences développementales à l'origine des symptômes positifs.

Si l'on se penche davantage sur la dépersonnalisation, il apparaît par IRMF que celle-ci serait induite par une inhibition de l'activité neuronale de l'insula provoquée par le cortex préfrontal ventrolatéral (35). A contrario, les travaux menés par Jay et al en 2016 ont constaté qu'une stimulation répétée du cortex préfrontal dorsolatéral (CPFdl) permettait d'accroître la conscience de soi et de réduire la survenue d'une dépersonnalisation (36). En détail, qu'en est-il dans les pathologies qui nous importent ? L'implication du CPFdl dans les symptômes dissociatifs du TSPT a été révélée par Fried et al en 2014 (37), notamment en ce qui concerne les amnésies dissociatives puisque ce substrat neuroanatomique inhiberait l'activité de l'hippocampe (38). Les recherches portées sur la schizophrénie semblent accorder un rôle à cette région corticale dépendamment de la localisation : l'une de ses parties irait dans le sens des résultats de Jay en étant antagoniste à la dissociation, l'autre aurait une activité agoniste à cette manifestation, comme dans l'étude de Fried. En effet, Psomiades et al en 2016 ont décelé une hypoactivité du CPFdl gauche impliquée d'une part dans les symptômes pharmacorésistants de patients déprimés (dont le biais de négativité et la dissociation), et plus largement dans les symptômes négatifs et les processus émotionnels de la schizophrénie (39). Par ailleurs, les auteurs postulent qu'une inhibition de l'activité du CPFdl droit permettrait en revanche au CPFdl gauche de mieux fonctionner (39). Or, l'hypoactivité du CPFdl gauche dans la schizophrénie fut antérieurement confirmée par Thompson et al : en 2001 ils ont remarqué, via une étude longitudinale poursuivie sur cinq ans auprès d'adolescents schizophrènes, que le CPFdl de ces derniers perdaient progressivement en matière grise comparativement au groupe contrôle sain (40).

Conclusion

Les différents corps de métier devraient être interpellés par la théorie selon laquelle, suite à une agression (ou plusieurs) d'un parent sur un enfant, alors que tous deux porteraient le même nom et que la gravité de l'attaque serait

productrice de séquelles psychologiques, l'exposition au nom de famille serait facteur de stress et de dépersonnalisation. Ceci, en raison d'une construction défailante de l'enfant, pourrait être précurseur d'une maladie à composante génétique et environnementale telle que la schizophrénie, ou de tout autre trouble exprimé dans le temps tel que l'addiction : la détestation de son identité propre que le nom agressif peut entraîner, serait par exemple à mettre en parallèle avec la recherche identitaire dans les addictions, c'est-à-dire la recherche d'une « prothèse » qui irait remplacer l'identité première vécue comme trop éprouvante (41). C'est pourquoi, en effet, la survenue d'une telle histoire de vie impliquerait nécessairement un entourage pluridisciplinaire et chaque apport ne peut s'ignorer l'un l'autre. Il faut donc pouvoir être responsable devant cette anamnèse et envisager toutes les demandes nécessaires au bon développement du sujet, tel que le changement de nom dans de brefs délais si l'exposition à la nomination est délétère. L'enjeu est important : dans une conférence en 2014, la pédiatre Nadine Burke Harris, rappelle l'impact sur le développement du stress chronique dans l'enfance et suggère d'une part un dépistage de ce stress ainsi que de son origine et d'autre part une intervention immédiate (42).

Bien sûr, la théorie d'une dissociation à force d'une exposition éprouvante au nom propre dans le cadre d'un TSPT, ne propose pas pour seule finalité le changement de nom. Une approche psychothérapeutique peut parfaitement renverser la valeur émotionnelle du nom, en le détachant du stimulus aversif (l'agresseur) auquel il s'est conditionné, afin de le rattacher à une ressource positive à condition qu'il soit également détenu par un proche aimant. Des protocoles élaborés en EMDR permettent de rapprocher le sujet de ses ressources en usant de stimulations bilatérales alternées lentes qui, agissant sur le système limbique, facilitent l'ancrage d'une information (43) de sorte à permettre un traitement plus adaptatif de celle-ci et donc des réactions émotionnelles et des comportements plus fonctionnels pour le patient (44).

Quelle que soit la solution empruntée, il serait néanmoins constructif d'opérationnaliser cette théorie en décelant ou non l'existence de ce rapport au nom propre, sa prévalence dans la population des sujets agressés dans l'enfance par un parent portant le même nom, voire sa corrélation avec le développement d'un trouble tel que la schizophrénie si la prise en soin ne s'est pas faite à temps. L'apport ne serait pas moindre puisque le neuroscientifique Thomas R. Insel, qui situe les changements cérébraux comme étant antérieurs aux troubles du comportement dans la schizophrénie, a déjà souligné l'importance de prévenir l'avènement de la maladie et d'intervenir le plus tôt possible (45). Si ce rapport au nom porté conjointement par le sujet et son agresseur s'avère être un signe avant-coureur, dans la mesure où la schizophrénie est une préoccupation sociétale, il doit pouvoir interpeller les professionnels au sens large.

Notes

- 1 Hugo V. (1828), *Odes et Ballades*, Paris, Hector Bossange
- 2 Guinchard S. & Debard T. (2019), *Lexique des termes juridiques 2019-2020*, Paris, Dalloz
- 3 Cornu G. & Association Henri Capitant des amis de la culture juridique française (2018), *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 12^e éd.
- 4 <https://www.planetoscope.com/Criminalite/1497-viols-en-france.html>
- 5 Butchart A. & Organisation Mondiale de la Santé (2014), *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, OMS
- 6 Bénézech M. & Le Bihan P. (2012), *Personnalité antisociale*, EMC-Psychiatrie, 9(4), p.1-16
- 7 Palazzolo J. (2014), *Les troubles de la personnalité*, Paris, Mon petit éditeur
- 8 Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas, Canini F., El-Hage W. & Garcia R. (2017), *Savoir pour soigner: le trouble de stress post-traumatique*, Roubaix, La Réponse du Psy
- 9 Salmons M. (2013), *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod
- 10 Laing R.D. (1977), *L'équilibre mental, la folie et la famille*, Paris, Maspéro
- 11 Schnyder U. (2005), *Psychothérapies pour les PTSD - Une vue d'ensemble*, Médecine & Hygiène, Volume 25, p.39-52
- 12 American Psychiatric Association (2013), *DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson
- 13 Inserm (2004), *Psychothérapie - Trois approches évaluées. Rapport*, Paris, Les éditions Inserm
- 14 Rozeske R.R., Jercoq D., Kazalis N., Chaudun F., Khoder S., Girard D., Winke N. & Herry C. (2018), *Prefrontal-Periaqueductal Gray-Projecting Neurons Mediate Context Fear Discrimination*, Neuron, 97(4), p.898-910
- 15 Brunet A. (1996), *Expositions récurrentes aux événements traumatiques: inoculation ou vulnérabilité croissante?*, Santé mentale, Volume 21, N°1, p.145-162
- 16 Pirlot G. (2014), *Les addictions entre neurosciences et psychanalyse*, Psychotropes, Vol 20
- 17 Prosper M. (2008), *Le syndrome d'hyperventilation*, Revue Médicale Suisse, Volume 4, p.2500-2505
- 18 Willeput R., Dubreuil C., Prosper M. & Pujet J.-C. (2001), *Syndrome d'hyperventilation: Evaluation, en deux sites, de l'efficacité d'un programme de réhabilitation ventilatoire*, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 18, N°4, p.417
- 19 Guelfi J.-D. & Rouillon F. (2012), *Manuel de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2^e éd.
- 20 Renaud S. (2011), *Comprendre la dissociation chez les patients avec un trouble de personnalité limite*, Santé mentale au Québec, Volume 36, N°1, p.217-242
- 21 Hubschmid M., Berney A., Aybek S. & Vingerhoets F. (2008), *Trouble dissociatif: une clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie*, Revue médicale suisse, Volume 4, p.412-416
- 22 Vaidis D.C. & Halimi-Falkowicz (2007), *La théorie de la dissonance cognitive: Une théorie âgée d'un demi-siècle*, Revue électronique de Psychologie Sociale, N°1, p.9-18
- 23 Hayes S.C., Strosahl K. & Wilson K. (1999), *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*, New York, Guilford Press
- 24 Bardeen J.R. & Fergus T.A. (2016), *The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms*, Journal of Contextual Behavioral Science, Volume 5, Issue 1, p.1-6
- 25 Ferruta A. (2009), *Tensions entre théorie et technique dans l'utilisation clinique du concept d'« identification à l'agresseur »*, Revue française de psychanalyse, Volume 73, p.57-67
- 26 Corcoran C., Mujica-Parodi L., Yale S., Leitman D. & Malaspina D. (2002), *Could Stress Cause Psychosis in Individuals Vulnerable to Schizophrenia?*, CNS Spectrums, 7(1), p.33-42
- 27 Dallel S., Cancel A. & Fakra E., (2018), *Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review*, Neuropsychiatry, Volume 8, Issue 3, p.1027-1037

- 28 Popovic D., Schmitt A., Kaurani L., Senner F., Papiol S., Malchow B., Fischer A., Schulze T.G., Koutsouleris N. & Falkai P. (2019), *Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Perspectives*, *Frontiers in Neuroscience*, Volume 13, Article 274, p.1-14
 - 29 Lacan J. (1981), *Le Séminaire livre III - Les psychoses, 1955-1956*, Paris, Le Seuil
 - 30 Volle E. & Levy R. (2014), *Rôle du cortex préfrontal dans l'adaptation comportementale chez l'homme*, *Médecine/sciences*, Volume 30, N°2, p.179-185
 - 31 Arain M., Haque M., Johal L., Mathur P., Nel W., Rais A., Sandhu R. & Sharma S. (2013), *Maturation of the adolescent brain*, *Neuropsychiatric Disease Treatment*, Volume 9, p.449-461
 - 32 Davis K.L., Kahn R.S., Ko G. & Davidso M. (1991), *Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization*, *American Journal of Psychiatry*, Volume 148, p.1474-1486
 - 33 Hoffman R.E. & McGlashan T.H. (2001), *Neural network models of schizophrenia*, *The Neuroscientist*, 7(5), p.441-454
 - 34 Strauss G.P., Duke L.A., Ross S.A. & Allen D.N. (2011), *Posttraumatic Stress Disorder and Negative Symptoms of Schizophrenia*, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 37, Issue 3, p.603-610
 - 35 Jay E.-L., Sierra M., Van den Eynde F., Rothwell J.C. & David A.S. (2014), *Testing a Neurobiological Model of Depersonalization Disorder Using Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation*, *Brain Stimulation*, 7(2), p.252-259
 - 36 Jay E.-L., Nestler S., Sierra M., McClelland J., Kekic M. & David A.S. (2016), *Ventrolateral prefrontal cortex repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depersonalization disorder: A consecutive case series*, *Psychiatrie Research*, Volume 240, p.118-122
 - 37 Fried P.J., Rushmore R.J., Moss M.B., Valero-Cabré A. & Pascual-Leone A. (2014), *Causal evidence supporting functional dissociation of verbal and spatial working memory in the human dorsolateral prefrontal cortex*, *European Journal of Neuroscience*, 39(11), p.1973-1981
 - 38 Israel S.L., Seibert T.M., Black M.L. & Brewer J.B. (2010), *Going their separate ways: dissociation of hippocampal and dorsolateral prefrontal activation during episodic retrieval and post-retrieval processing*, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(3), p.513-525
 - 39 Psomiades M., Fonteneau C., Suaud-Chagny M.-F., Haesebaert F. & Brunelin J. (2016), *Neurostimulation du cortex préfrontal dorsolatéral: quels effets sur la symptomatologie, l'humeur et les émotions dans la dépression et la schizophrénie ?*, *Santé mentale au Québec*, Volume 41, N°1, p.223-239
 - 40 Thompson P.M., Vidal C., Giedd J.N., Gochman P., Blumenthal J., Nicolson R., Toga A.W. & Rapoport J.L. (2001), *Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia*, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(20), p.11650-11655
 - 41 Rozaire C., Guillou-Landréat M., Grall-Bronnec M., Rocher B. & Vénisse J.-L. (2009), *Qu'est-ce que l'addiction ?*, *Archives de politique criminelle*, n°31, p.9-23
 - 42 Harris N.B. (2014), *How childhood trauma affects health across a lifetime*, Stamford, TEDMED
 - 43 Tarquinio C., Brennstuhl M.-J., Dellucci H., Iracane-Blanco M., Ann Rydberg J., Silvestre M. & Zimmermann E. (2017), *Pratique de la psychothérapie EMDR: Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*, Paris, Dunod
 - 44 Lopez G. & Sabouraud-Séguin A. (2016), *Traiter les psychotraumatismes*, Paris, Dunod
 - 45 Insel T.R. (2000), *Rethinking Schizophrenia*, *Nature*, Volume 468, p.187-193
-