



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Cas clinique

Symptômes dissociatifs et conduites à risques dans un cas de trouble de stress post-traumatique (TSPT) comorbide d'un trouble lié à l'usage de substances (TUS)



Dissociative symptoms and risk taking behaviors in a patient with co-occurring Post-Traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder: A case study

G. Tapia^{a,*,b}, C. Marquebieille^a, J.-M. Delile^c, E. Othily^a, B. Perez-Dandieu^{c,d}

^a Université de Bordeaux, 3ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France

^b Laboratoire de psychologie EA 4139, université de Bordeaux, 3ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France

^c Centre d'étude et d'information sur les drogues, 33000 Bordeaux, France

^d Institut Michel-Montaigne, 3, allée Elsa-Triolet, 33150 Cenon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 avril 2017

Reçu sous la forme révisée le 3 juillet 2017

Accepté le 3 juillet 2017

Mots clés :

TSPT

TUS

Symptômes dissociatifs

Conduites à risques

Traumatisme

R É S U M É

Introduction. – Les troubles dissociatifs sont bien connus pour majorer la sévérité clinique des troubles mentaux avec lesquels ils apparaissent de manière concomitante. Notamment, il est bien établi que les troubles dissociatifs entretiennent des relations néfastes avec le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble lié à l'usage d'une substance (TUS).

Objectif. – L'objectif de cette étude est de présenter le cas d'une patiente présentant une comorbidité TUS/TSPT assortie de troubles dissociatifs afin d'en discuter les implications psychopathologiques et thérapeutiques. Plus précisément, nous postulons que ce recouvrement symptomatologique favorise l'adoption de conduites à risques chez la patiente.

Méthodologie. – Notre patiente, Aurélie, souhaite mettre fin à ses crises d'angoisse et à ses cauchemars qui maintiennent ses consommations d'alcool devenues pathologiques suite à une agression sexuelle. Elle vient de terminer une cure de sevrage en hospitalisation et une post-cure dont elle semble satisfaite, mais les angoisses et les consommations ont repris. Les cognitions et comportements dysfonctionnels, les émotions, les angoisses sont repérés et mis en lien grâce aux éléments des entretiens cliniques et anamnétiques réalisés dès le premier rendez-vous. Par ailleurs, plusieurs outils cliniques sont utilisés pour évaluer le *craving* alcool (Obsessive Compulsive Drinking Scale [OCDS]), la sévérité des symptômes du TSPT (Posttraumatic Checklist Scale [PCL-S]) et les schémas précoces inadaptés (Young Schema Questionnaire - Short Form [YSQ-S2]). Les liens entre les symptômes associés au TSPT, au TUS, à la dissociation et aux conduites à risques sont donc explorés dans cette étude de cas.

Résultats. – Aurélie présente un tableau clinique complexe dans lequel des symptômes de TUS, de TSPT, de dissociation et de conduites à risques sont entremêlés, aggravant la sévérité des symptômes associés.

Discussion. – Ces résultats sont discutés au regard de la littérature internationale dans le domaine et réaffirment le rôle crucial de l'évitement des émotions négatives dans les comorbidités associées au TSPT. Des prises en charge ayant déjà montré leur efficacité dans ce domaine telles que l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) et la thérapie des schémas seront évoquées à la lumière des réflexions portées sur le cas présenté.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : geraldine.tapia@u-bordeaux.fr (G. Tapia).

A B S T R A C T

Keywords:

PTSD
SUD
Dissociative symptoms
High-risk behaviors
Trauma

Introduction. – Clinical findings have shown that dissociative symptoms worsen the severity of other disorders. Dissociative experiences are also more prevalent among selected populations such as patients with Substance Use Disorder (SUD) and patients with Post-Traumatic Stress Disorders (PTSD).

Objective. – We aimed to find if investigating the presence of dissociative symptoms could lead us to better understand clinical dysfunctions among a patient with comorbid PTSD/SUD. Our hypothesis corroborates recent theories, which underline the role of avoidance of emotions in the development of persistent disorders such as PTSD and SUD.

Method. – Aurélie wanted to end her anxiety crisis and nightmares, which triggers alcoholic behaviors. Despite a recent treatment for alcohol addiction, her anxiety was still very high and she relapsed. Dysfunctional cognitions and behaviors have been targeted during the first clinical interview. We also used different clinical tools for assessing alcohol craving (Obsessive Compulsive Drinking Scale [OCDS]), PTSD symptoms (Posttraumatic Checklist Scale [PCL-4]) and early maladaptive schemas (Young Schema Questionnaire - Short Form [YSQ-S2]). Thus, in the present case study, we explored the association between PTSD, substance use disorder (SUD), dissociation, and high-risk behaviours.

Results. – Our case study showed a complex clinical profile with SUD, PTSD and dissociative symptoms associated with high-risk behaviours.

Discussion. – This study could contribute to knowledge on the role of dissociative symptoms in the development of persistent disorders such as PTSD and SUD. The clinical repercussions of these outcomes will be discussed regarding the questions arising when treating dissociated patients with effective methods such as Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) or schema therapy.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

D'après Kianpoor et Bakhshani (2012), le vécu d'un événement traumatique (APA, 2013) affecte différents niveaux de fonctionnement (i.e., émotionnel, cognitif et comportemental). Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est le trouble mental le plus fréquemment associé au vécu d'un événement traumatogène (Breslau et al., 1998). Cependant, Kianpoor et Bakhshani (2012) proposent que le fait d'avoir été exposé à un traumatisme durant l'enfance et l'adolescence soit directement lié au développement d'autres troubles mentaux tels que le trouble dissociatif, le trouble lié à l'usage d'une substance, ainsi que d'autres problèmes comportementaux de type conduites à risques (i.e., consommation de substances, violences, conduites transgressives, conduites à risques sexuelles). De plus, une étude récente portant sur une population non clinique a révélé que les caractéristiques des événements traumatiques vécus (i.e., nature, type d'exposition, nombre d'expositions, âge de l'exposition) pouvaient prédire les symptômes spécifiques (post-traumatiques) et non spécifiques (dissociatifs) des individus (Boudoukha, Ouagazzal, & Goutaudier, 2016).

La dissociation est la caractéristique majeure des troubles dissociatifs et elle est définie comme une séparation consciente ou non consciente des processus mentaux qui sont normalement intégrés dans la conscience, la mémoire ou l'identité du sujet (Kianpoor & Bakhshani, 2012). Même s'il existe des situations de dissociations non pathologiques qui font partie du fonctionnement normal et quotidien, la dissociation revêt un caractère pathologique lorsqu'elle engendre des pertes significatives de la relation entre certaines fonctions (i.e., perceptives, mnésiques, cognitives, identitaires) et le reste de la personnalité (Korzekwa, Dell, & Pain, 2009). Théoriquement, l'association entre événement traumatique et dissociation a d'abord été décrite par Janet (1904) avant d'être supportée par de nombreuses études (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997). Plus précisément, Janet propose que sous l'effet d'un événement traumatique, l'architecture normale de la cognition éclaterait en ses différentes composantes rompant les communications entre celles-ci. Les cognitions, les émotions et les souvenirs éclateraient en des mondes spécifiques séparés. En d'autres termes, il suggère que le stress associé au vécu d'un

événement traumatique rompt les liens entre les systèmes de mémoire de sorte que de larges secteurs du passé ou des parties d'expériences récentes se détachent de la conscience du patient et fonctionnent séparément. Pour Janet, la dissociation est donc un processus qui, à la suite d'un événement traumatique, isole un ensemble de système et de sous-système du reste de la personne. Selon lui, ce phénomène serait sous-tendu par une réaction automatique du sujet qui, face à un stress intense, réagit de façon pathologique en évacuant les contenus mentaux dans un courant non conscient. Les souvenirs sont donc acquis mais le sujet ne peut y avoir accès consciemment, créant l'amnésie psychogène. En définitive, ces contenus mentaux seraient correctement perçus et stockés mais ne seraient plus assimilés dans la conscience normale et dans la personnalité pour finalement se manifester de manière autonome. Si Janet entrevoit la dissociation comme un phénomène discontinu (i.e., présent chez les individus avec un trouble mental et absent chez les individus sains) d'autres auteurs ont plus récemment conceptualisé la dissociation comme un processus dimensionnel (Putnam, 1993a,b ; Ross, 1996). Le terme dissociation est donc aussi utilisé pour décrire des situations de dissociation non pathologique comme la rêverie jusqu'à des formes sévères d'absorption relevant de processus pathogènes. Les conceptions actuelles de la dissociation suggèrent de dichotomiser cette dimension en deux composantes : la compartimentation et le détachement (Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2006). Selon Holmes et al. (2005) et Brown (2005) la compartimentation est caractérisée par un déficit complet ou partiel des processus du contrôle délibéré des actions associé à une incapacité à accéder à des informations habituellement accessibles à la conscience (Vandevorde & Le Borgne, 2015). Les processus et les fonctions continuent de travailler normalement sauf qu'ils sont inaccessibles à un contrôle volontaire de l'action et continuent donc à influencer les émotions, les cognitions et les comportements. Cliniquement, la compartimentation se manifeste par des phénomènes tels que l'amnésie, le trouble dissociatif de l'identité, les fugues dissociatives, les pseudo-hallucinations, les pertes de la sensibilité et la dissociation somatoforme. A contrario, le détachement est défini par une expérience subjective d'état de conscience altéré associé à un sentiment d'aliénation de soi ou du monde extérieur. Cet état est souvent caractérisé par un engourdissement émotionnel. Il

inclut des phénomènes comme la dépersonnalisation, la déréalisation (e.g., expériences de sortie du corps). Le détachement partage de nombreuses similarités avec le concept de dissociation péri-traumatique et l'émoussement émotionnel (Holmes et al., 2005) au point que les intrusions en mémoire et les flash-backs soient considérés comme des conséquences de ce phénomène (Spitzer et al., 2006). L'explication avancée serait que la faible intégration des informations au cours du détachement interférerait avec l'encodage et la consolidation des informations traumatiques, ce qui favoriserait le développement de phénomène intrusifs (Brewin & Holmes, 2003). Enfin, d'autres auteurs nuancent le rôle des phénomènes d'altération de l'état de conscience et préfèrent consacrer la notion de dissociation à la notion de scission de la personnalité qui, éventuellement, s'accompagnera dans un second temps d'une expérience de dépersonnalisation/déréalisation (Van Der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004). L'idée sous-jacente proposée par Putnam (1997) est que la sévérité de la traumatisation, ainsi que de l'attachement désorganisé à des stades précoces du développement seraient des prédicteurs majeurs des symptômes dissociatifs ultérieurs. Ce défaut d'intégration prédisposerait à cette fracture de la personnalité en partie dissociées. Ces parties fonctionneraient sans intégration c'est à dire comme deux systèmes indépendants qui chercheraient à s'inhiber l'un l'autre lorsqu'ils sont évoqués par le sujet. Myers (1940a,b) décrit la dissociation structurelle sous forme de deux composantes : la partie émotionnelle (PE) et la partie apparemment normale (PAN). Les PE et PAN sont abordées en termes de symptômes positifs (e.g., intrusion) et négatifs (e.g., amnésie partielle) et de symptômes psychoformes et somatoformes qui peuvent prendre la caractéristique positive (e.g., distorsions corporelles) ou négative (e.g., déficit sensoriel perceptif). La PE peut être vue comme une fonction défensive (i.e., système d'action défensif) de situations menaçantes alors que la PAN gèrerait le fonctionnement quotidien (i.e., système d'action quotidien). Au final il semblerait que la dissociation puisse être considérée comme une méthode de *coping* contre la peur, la douleur, le chagrin, la détresse qui pourrait s'enclencher et se développer sur un mode pathologique.

De nombreuses études ont montré que la détresse péri-traumatique et la dissociation péri-traumatique, deux entités cliniques particulières apparaissant durant ou au cours des premières heures suivant l'événement traumatique (APA, 2013), constituaient un facteur de risque majeur pour développer un TSPT ultérieur (Birmes & Brunet, 2005 ; Marmar et al., 1994 ; Shalev, Freedman, Peri, Brandes, & Sahar, 1997). Dans cette même fenêtre temporelle cruciale, les symptômes dissociatifs de déréalisation et de dépersonnalisation (APA, 2013) ont également été identifiés comme des facteurs prédicteurs du développement d'un TSPT ultérieur (Birmes et al., 2005). De plus, il a été montré que ces mêmes symptômes dissociatifs participaient au dysfonctionnement lié au TSPT en augmentant la sévérité clinique du trouble (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002 ; Norman, Tate, Anderson, & Brown, 2007). Enfin, parce qu'ils interfèrent avec l'activation émotionnelle, les symptômes dissociatifs peuvent négativement impacter les traitements centrés sur le TSPT (Cloitre, Chase, Stovall-McClough, Miranda, & Chemtob, 2004 ; Price et al., 2014). En effet, des études précédentes révèlent que les patients dissociés présentant un TSPT montrent des activations émotionnelles plus importantes que les patients non dissociés lorsqu'ils sont soumis à des tâches ou à des stimuli menaçants (Falconer et al., 2008 ; Klimova, Bryant, Williams, & Felmingham, 2013). Ces études suggèrent l'idée que la dissociation pourrait constituer une forme de régulation émotionnelle utilisée pour faire face à des niveaux élevés de réactivité émotionnelle (Powers et al., 2015).

Dans cette même perspective, l'hypothèse de « l'automédication » (Khantzian, 1985, 1997) postule que la prise de substances permettrait aux patients de mieux supporter la réalité en

atténuant les émotions désagréables liées au TSPT (Véleá, 2005). En effet, 22 à 33 % des patients qui consultent pour un trouble lié à l'usage d'une substance (TUS) remplissent les critères permettant de poser un diagnostic de TSPT (Crosby Ouimette, Brown, & Najavits, 1998 ; McCauley, Killeen, Gros, Brady, & Back, 2012). Lorsque l'on ne considère que les femmes dans cette population, la prévalence de la comorbidité s'accroît encore pour atteindre 30 à 59 % selon les études (Brown, Stout, & Gannon-Rowley, 1998 ; Gatz et al., 2005). Plus précisément, le TSPT multiplie par 2,5 la probabilité d'un diagnostic concomitant d'abus ou de dépendance à l'alcool et par 4,5 le risque d'abus ou de dépendance aux drogues (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). On observe donc une forte prévalence avec la toxicomanie chez les personnes souffrant d'un TSPT. Ceci est d'autant plus important que lorsque l'un des deux troubles n'est pas traité, il accentue la sévérité clinique de l'autre (Stewart, Conrod, Pihl, & Dongier, 1999 ; Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998). Aussi, des implications thérapeutiques spécifiques liées à la prise en compte de cette comorbidité ont récemment été proposées (Eraldi-Gackière & Boudoukha, 2010 ; Van Dam, Vedel, Ehring, & Emmelkamp, 2012 ; Van Rens, de Weert-van Oene, van Oosteren, & Rutten, 2012). Cette intrication entre TUS et PTSD vient se compliquer quand on sait que des liens étroits entre symptômes dissociatifs et TUS ont été démontrés (Kianpoor, Bahredar, & Ommizade, 2008). Les auteurs ont d'ailleurs suggéré que les individus aux prises avec un stress majeur auraient justement recours aux substances dans l'objectif de générer un état dissociatif qui atténuerait leurs émotions négatives.

Enfin, de nombreux auteurs ont montré l'existence d'une relation étroite entre le vécu d'un événement traumatique et les conduites à risques (Waller, Putnam, & Carlson, 1996). Les conduites à risques sont définies comme des comportements volontaires dont l'issue incertaine peut engendrer des conséquences négatives pour la santé de l'individu (Arnett, 1996). Les conduites à risques regroupent un certain nombre de comportements tels que les conduites de consommation, les conduites à risques sexuelles, les conduites transgressives et les conduites suicidaires. Les études précédentes suggèrent qu'une histoire marquée par de la maltraitance ou entachée d'autres formes d'événements traumatogènes constituerait un facteur de risque pour le développement de conduites à risques à la fois à l'adolescence et à l'âge adulte (Muuss & Porton, 1998). De nombreux auteurs ont d'ailleurs proposé que les conduites à risques avaient pour fonction de réguler les émotions douloureuses (Carton, 2005). Dans cette perspective et au vu des points développés précédemment, il n'est pas étonnant de retrouver fréquemment ces conduites aux côtés d'autres troubles tel que le TSPT et le TUS (Kianpoor & Bakhshani, 2012).

L'objectif de cette étude est de présenter le cas d'une patiente présentant une comorbidité TUS/TSPT assortie de troubles dissociatifs et de conduites à risques afin d'en discuter les implications psychopathologiques et thérapeutiques.

2. Présentation du cas

2.1. Anamnèse

2.1.1. Contexte de la demande

Aurélié est âgée de 37 ans, elle est employée dans le milieu de l'événementiel culturel mais sa consommation d'alcool l'a empêché de travailler durant ces dernières années. L'alcoolisme d'Aurélié fait suite à une agression sexuelle en 2000. Elle vient de terminer une cure de sevrage en hospitalisation et une post-cure dont elle semble satisfaite, mais les angoisses et les consommations ont repris une fois sortie. Aurélié a une nouvelle opportunité dans le cadre d'une reprise du travail puisqu'elle doit prochainement débiter un mi-temps thérapeutique. Elle est orientée vers

nous dans le cadre de la permanence Eyes Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). En effet, le psychiatre du centre de soin et de prévention en addictologie suspecte un TSPT associé au trouble de l'usage de substance (TUS).

2.1.2. Analyse de la demande

Lorsque nous recevons Aurélie pour la première fois, elle nous dit souhaiter mettre fin à ses crises d'angoisses et à ses cauchemars qui maintiennent ses consommations d'alcool. La demande de l'institution est de bilanter Aurélie afin d'identifier si une prise en charge EMDR serait appropriée dans le cadre de sa consommation d'alcool et de son fonctionnement psychique.

Ce bilan repose sur trois entretiens cliniques :

- le premier a permis le recueil de la majorité des informations anamnestiques et biographiques ;
- le second fut l'occasion de la passation de trois outils :
 - l'auto-questionnaire Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS ; Chignon et al., 1998),
 - la Posttraumatic Checklist Scale (PCL-S ; Ventureyra, Yao, & Cottraux, 2002) qui évalue la présence et la sévérité du TSPT et un outil nous permettant d'investiguer les schémas précoces inadaptés (SPI),
 - le Young Schema Questionnaire - Short Form (YSQ-S2 ; Mauchand, Lachenal-Chevallet, & Cottraux, 2011) ;
- le troisième entretien a permis la restitution du bilan et la proposition de prise en charge.

2.2. Biographie et événements de vie marquants

Aurélie est issue d'une famille dont le père, décédé en 2005, était représentant et la mère comptable. Elle présente son enfance comme scindée en deux périodes. La première période s'étend de 0 à 5 ans où elle dit avoir été « choyée » par ses parents dans une ambiance familiale harmonieuse. Puis à 5 ans, elle décrit une « période d'horreur », la naissance de son frère handicapé moteur a entraîné la « mort » de la relation à sa mère. De plus, Aurélie attend avec angoisse la mort de sa mère. En effet, sa grand-mère est décédée lorsque sa mère avait 6 ans et elle craint que cela ne recommence d'autant que sa mère en parle comme une destinée. C'est une période où se mêlent la peur, l'insécurité mais aussi l'ennui et le sentiment d'abandon. Jusqu'à l'âge de 10 ans, elle a des énurésies nocturnes dont sa mère se plaint. Elles ont été un motif d'humiliation parmi d'autres. Dès l'âge de 4 ans elle doit se débrouiller seule au quotidien car elle ne peut pas compter sur ses parents (se lave, s'habille, mange, va chercher le pain, joue toute seule) et finit par se replier. Aurélie exprime un sentiment de rejet et d'abandon vis-à-vis de sa mère assorti de négligence. La relation qu'elle entretenait avec son père semblait être de bonne qualité bien que sporadique. Il était fier d'elle et ceci la rendait heureuse.

À l'adolescence, elle est livrée à elle-même car sa mère avait des « problèmes dépressifs sévères ». Elle dit s'être ennuyée beaucoup mais a toujours très bien travaillé à l'école. Elle a obtenu une licence puis une maîtrise et un DESS en langues et elle a eu beaucoup de plaisir à partir en mission professionnelle dans les pays d'Asie du Sud-Est. C'est au cours d'une mission en 2000 qu'elle a subi un viol au cours d'une fête où elle avait dormi sur place. Le matin, par peur, elle n'a pas osé en parler aux autres personnes présentes à la soirée ni à son compagnon de l'époque. Ce viol signe le début de son alcoolisme et l'apparition de ses angoisses. Les angoisses sont présentes au quotidien et sont à leur paroxysme au lever du fait des cauchemars nocturnes au cours desquels elle revit cet épisode régulièrement. Dans la journée, il lui arrive d'avoir des flash-back qui se soldent par des attaques de panique. Ces attaques de panique sont déclenchées par des éléments extérieurs comme

un contexte de foule avec promiscuité physique ou encore un homme dans le train qui lui rappelle l'agresseur (son agresseur était porteur d'un handicap physique à un membre supérieur). De plus, Aurélie a une peur intense de répondre au téléphone et d'ouvrir le courrier, craignant d'apprendre une mauvaise nouvelle. De ce fait, elle ne gère ni son administratif ni ses factures et est aujourd'hui fichée Banque de France. Elle a de grandes difficultés à refréner ses envies de boire lorsqu'elle ressent une « montée » d'angoisse. La dépendance alcoolique est très mal vécue par Aurélie, qui éprouve des sentiments de honte et de culpabilité vis-à-vis du jugement de son père décédé (qui rentrait parfois alcoolisé de son travail). Pourtant, selon elle, l'alcool apaise considérablement et immédiatement ses angoisses, plus encore que les anxiolytiques. Sa consommation d'alcool a été progressive jusqu'à atteindre un pic en juillet 2011. Après l'échec d'un sevrage alcoolique ambulatoire (septembre à novembre 2011), elle est hospitalisée pour une nouvelle cure (novembre à janvier 2012) et poursuit par une posture au cours de laquelle elle s'est sentie bien (très populaire auprès des usagers du centre). De retour chez elle, Aurélie éprouve de nouveau des angoisses intenses, dans un contexte de reprise de travail et elle rechute.

Concernant sa vie sentimentale, Aurélie multiplie les relations sans parvenir à se séparer de ses amants. Elle présente à la fois des difficultés à construire des relations de couple stables et à y mettre un terme. Au-delà de ces empêchements, les relations amoureuses d'Aurélie sont caractérisées par une mise en danger. En effet, malgré la conviction qu'une personne ne lui correspond pas ou lui fait du mal de manière manifeste (violence physique et morale), Aurélie continue de s'engager pleinement dans la relation avec la peur intense d'être abandonnée.

2.3. Sémiologie

Présentation générale : Aurélie se présente comme une femme frêle, emmitouflée dans un manteau qu'elle a beaucoup de mal à quitter. Son visage est fermé et triste. Elle manifeste un ralentissement psychomoteur avec une impression d'épuisement intellectuel. Elle s'exprime d'une voix faible, monotone, avec des temps de latence importants et son débit de parole est lent. Au fur et à mesure de l'entretien, elle se déripse, ses mimiques de douleur font place à un visage un peu plus détendu. Le **Tableau 1** intègre les données sémiologiques recueillies lors des entretiens cliniques et anamnestiques ainsi que les données inhérentes aux trois auto-questionnaires utilisés pour réaliser le bilan pré-thérapeutique d'Aurélie.

2.4. Éléments diagnostiques

Afin d'évaluer la présence d'un TSPT suite au viol subi à l'âge adulte, nous avons utilisé la PCL-S (Ventureyra et al., 2002). Cette échelle évalue la sévérité du TSPT à l'aide de 17 items selon les critères du DSM-IV. Pour chaque item, l'intensité est évaluée par rapport à l'événement traumatogène décrit au cours du dernier mois sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (très souvent). Le résultat total représente la somme obtenue à chacun des 17 items. Il existe une note seuil, identifiée le plus souvent à 44, pour considérer la présence d'un TSPT. Aurélie a obtenu un score de 48 à l'échelle de la PCL-S, ce qui suggère la présence d'un TSPT 12 ans après le viol.

3. Analyse psychopathologique

3.1. TSPT et dissociation

Les expériences adverses d'Aurélie dans son enfance (i.e., négligences parentales, manque de protection, propos humiliants

Tableau 1

Séméiologique et d'intégration des données d'Aurélie.

	Entretiens et observations	Antécédents familiaux et histoire de vie	OCDS (<i>Craving alcohol</i>)	PCLS-4	YSQ-S-2 (SPI)
Affects et trouble de l'humeur	Thymie dépressive avec une douleur morale intense marquée par la honte, la culpabilité, le pessimisme et l'impuissance Sentiment persistant de vulnérabilité Angoisses envahissantes et quotidiennes avec des attaques de panique (déclenchées par des éléments extérieurs comme un contexte de foule avec promiscuité physique ou encore un homme dans le train qui lui rappelle l'agresseur)	Mère décrite comme dépressive négligente et rejetante. Père évitant et alcoolique	Item 11, Si on l'empêchait de boire « elle éprouverait une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante »	Item 9 : cote « souvent » pour « perte d'intérêt dans des activités qui habituellement lui faisaient plaisir » Et « très souvent » pour item 14, « se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère »	SPI contrôle émotionnel suractivés SPI isolement social, dépendance, imperfection et vulnérabilité suractivés SPI échec présent
Pensée et discours	Forme de la pensée : incohérente Contenu de la pensée : intellectualisation et rationalisation sur des savoirs acquis Discours : discontinu, lent Contenu du discours : aborde prioritairement des sujets liés à ses loisirs et ses passions (théâtre, littérature, langue et culture étrangère), n'aborde les affects qu'en mode régressif (vocabulaire, ton et mimique infantine)	Parents rigides Mère dévalorisante et humiliante Père valorisant mais absent	L'alcool occupe une bonne partie de ses pensées : score de 12 pour la sous-dimension « pensées envahissantes »	Cognitions traumatiques envahissantes et hors de contrôle Item 15, a « parfois » des difficultés à se concentrer	Schémas de pensées dysfonctionnels (SPI incompétences)
Trouble de la conscience du corps et de la conscience de soi	Troubles dissociatifs : détachement de son propre fonctionnement mental, émoussement affectif et sentiment de perte de contrôle de ses actes La personnalité émotionnelle (PE) ou mode protecteur détaché : s'alcoolise le soir seule dans son appartement en buvant d'une traite 6 bières non réfrigérées à 8 degrés de manière automatique (i.e., sans s'asseoir et sans prendre de verre), elle ne gère ni son administratif ni son courrier (i.e., fichée Banque de France), ne répond pas à son téléphone La PE ou mode enfant vulnérable : se laisse harceler au travail par sa hiérarchie, choisit des partenaires alcooliques et/ou maltraitants (i.e., lui volent de l'argent, l'humilient), se laisse insulter par sa mère qui la considère comme une alcoolique qui représente la honte de la famille La PE ou mode enfant en colère : elle peut se laisser aller dans des accès de colère froide non justifiés pour un retard ou un service administratif qui ne répond pas à ses attentes Une PE ou mode parent critique : elle passe son temps à se rabaisser, à penser qu'elle est bête, sans intérêt, qu'elle n'arrive à rien et que les soignants ont mieux à faire car elle ne mérite pas leur attention		Absence de contrôle sur sa consommation avec un score très élevé à la sous dimension « envie compulsive »		SPI centraux suractivés : carence affective ; abandon ; abus méfiance ; isolement social ; imperfection Selon Mauchand et al., 2011 ces SPI centraux attestent des difficultés d'attachement qui sont une des composantes des symptômes de dissociation structurelle

Tableau 1 (Suite)

	Entretiens et observations	Antécédents familiaux et histoire de vie	OCDs (Craving alcohol)	PCLS-4	YSQ-S-2 (SPI)
Trouble des conduites instinctuelles	Sommeil : hypersomnie (jour comme nuit) mais ponctuée de cauchemars Enurésies nocturnes présentes depuis le premier rapport sexuel après l'agression Alimentation : mange très peu Activité sexuelle : pas de libido			Item 10, se sent « souvent » perturbée par « des rêves répétés en relation avec l'événement traumatique Item 13, a « parfois » des difficultés pour s'endormir ou rester endormie	
Conduites à risques	Sexuelles : pas d'utilisation de préservatif ni de contraception (qui ont donné lieu à deux IVG et à une IST) Tentatives de suicide : deux tentatives par ingestion médicamenteuse associées à une consommation massive d'alcool Consommation de substances : consommation massive d'alcool et de médicaments (anxiolytiques)	Père alcoolique	Score total de 26 atteste une dépendance à l'alcool importante avec une consommation de 3 à 7 verres par jour et des pensées envahissantes pendant la plus grande partie de la journée		SPI vulnérabilité et abandon suractivés étroitement liés à ses montées d'angoisses et à ses consommations et comportements à risque
Troubles des conduites sociales	Aggressivité sous forme de colère mais qui n'est jamais exprimée à la personne cible Relations interpersonnelles instables et caractérisées par des liens fragiles et/ou de dépendances Repli social et absence de soutien social	Mère décrite comme isolée socialement Famille caractérisées par plusieurs ruptures de liens ou de disparitions	Item 10, la consommation d'alcool affecte de manière importante sa vie sociale	Item 10, se sent « souvent » ; « distante ou coupée des autres personnes » Item 14, se sent « parfois » irritable ou avoir des bouffées de colère Item 16, se sent « souvent » en état d'alerte, sur la défensive ou sur ses gardes	SPI isolement social, dépendance, imperfection et vulnérabilité sur activés SPI échec présent

de sa mère, naissance de son frère handicapé et dépression de sa mère) ne lui ont pas permis de combler ses besoins affectifs fondamentaux (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Ces carences ont engendré une discontinuité dans son vécu corporel et psychique qui ne lui ont pas permis de construire une base solide. On peut conclure à une structure de personnalité fragile de type attachement insécure/évitant dont les cognitions dysfonctionnelles associées (schémas précoces inadaptés) sont réactivées intensément par le traumatisme psychique causé par le viol (Young et al., 2003 ; Boudoukha, Przygodzki-Lionetb, & Hautekeete, 2011). On peut penser qu'Aurélië fait face à un conflit de loyauté (i.e., ensemble d'expectatives et d'injonctions familiales intériorisées inséparable des concepts de confiance et de légitimité) puisque son agresseur était handicapé comme son frère et que l'usage de l'alcool rappelle les conduites divergentes de son père (Boszormenyi-Nagy, 1989). De plus, le viol subi n'a pu être ni parlé ni élaboré. En effet, comme il a eu lieu dans un pays étranger, Aurélië n'a pas pu porter plainte sur le moment devant les difficultés juridiques que cette procédure représentait pour elle dans ce pays (elle ne le fera qu'à son retour en 2003). De plus, ayant peur des conséquences, elle n'a pas réussi à en parler à son compagnon avec qui elle a rompu. De ce fait, Aurélië n'a pu bénéficier d'aucun soutien juridique ou émotionnel, ce qui, ajouté à un sentiment de honte, a pu favoriser le développement d'un TSPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000 ; Cyrulnik, 2010). Chez elle, le TSPT semble présent sous une forme diffuse et se manifeste par la présence de cauchemars quotidiens et d'attaques de panique qui engendrent un climat de peur et d'insécurité quotidien. Ces attaques de panique sont déclenchées par des éléments extérieurs comme un contexte de foule avec promiscuité physique ou encore un homme dans le train qui lui rappelle l'agresseur. Ces éléments sont indicateurs de la présence d'une dissociation. En effet, de nombreux auteurs soutiennent que les souvenirs non intégrés sont susceptibles d'être rappelés à la conscience du sujet par tout stimulus partageant des caractéristiques communes avec l'événement traumatogène (Louville & Salmona, 2013 ; Salmona, 2012 ; Schacter, 1999). Ces auteurs y voient le mécanisme sous-jacent aux attaques de panique subies par certains patients souffrant de TSPT comme Aurélië. Ces souvenirs, parce qu'ils ne sont pas devenus autobiographiques, vont rester stockés à l'identique (i.e., chargés de l'émotion initiale) dans le temps de l'événement traumatogène. Cependant, ils restent susceptibles d'envahir le champ de la conscience en faisant revivre aux sujets la scène traumatique sous la forme de flash-back, de réminiscences, d'attaques de panique, avec les mêmes perceptions (e.g., images, odeurs, bruits...) et les mêmes émotions (e.g., effroi, détresse, terreur...). Cette mémoire traumatique, en plus de coloniser la vie d'Aurélië de sensations de danger permanent (qui la poussent à s'alcooliser, dormir et éviter les relations et les réactivations mnésiques), ne lui permet pas de retraiter le souvenir et de l'intégrer dans son histoire. Pourtant, en restant dans sa fenêtre de tolérance dans une relation de confiance thérapeutique, nous pensons qu'un retraitement de ses souvenirs traumatiques lui permettrait de parler de son viol avec des mots précis tout en restant ancrée sur ce qui se passe dans le présent. Ce processus lui permettrait d'intégrer dans la mémoire autobiographique les souvenirs du traumatisme vécu. Or, comme beaucoup de patients souffrants de TSPT, Aurélië présente de nombreux trous de mémoire à l'évocation de l'agression sexuelle ajoutés à une chronologie des événements qui reste particulièrement difficile à retrouver (Nijenhuis & van der Hart, 2011 ; Steele, van der Hart, & Nijenhuis, 2005). Aussi, nous pouvons parler de dissociation structurelle car les souvenirs de l'événement traumatogène ont séparé sa personnalité avec une partie apparemment normale (PAN) et plusieurs parties émotionnelles (PE) dissociées (Steele et al., 2004, 2005 ; Van Der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004). Dans la théorie des schémas de Young

(Young, Klosko, & Weishaar, 2005), on parlera plutôt de mode (cf. tableau sémiologique). Sa PAN lui permet de finir un DESS, de trouver un emploi bien inséré dans la culture et d'être reconnue par ses pairs. Au début de sa carrière professionnelle, elle entretient même des relations amicales et amoureuses épanouies. Elle est perçue par son entourage proche comme une personne pétillante et fine d'esprit. Au fil du temps (dans les 10 années précédant la démarche thérapeutique), des PE multiples (Janet, 1904 ; Nijenhuis et al., 2003 ; Nijenhuis & van der Hart, 2011) se constituent (cf. tableau sémiologique). Selon Van der Kolk et al. (1996), la dissociation jouerait un rôle décisif dans l'apparition du TSPT. Aussi, nous faisons l'hypothèse que la présence de facteurs de risques cumulés dans l'histoire d'Aurélie (i.e., expériences adverses durant l'enfance, absence de soutien social et symptômes dissociatifs) ont favorisé l'apparition d'un TSPT.

3.2. Comorbidité du TSPT

La présence d'un TSPT d'une intensité modérée, comorbide d'un trouble de dépendance à l'alcool, est très souvent retrouvée chez les femmes victimes de violences (Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). Chez Aurélie, sa consommation d'alcool semble constituer une réponse aux émotions négatives générées par le TSPT. Comme Van der Kolk et al. (1996) le suggèrent, les individus traumatisés emploient de nombreuses méthodes pour faire face aux situations stressantes. Ces méthodes présentent souvent elles-mêmes des risques importants. Chez Aurélie, cela se traduit par de la consommation d'alcool avec arrêt de l'alimentation mais aussi par des pratiques sexuelles à risques et des conduites suicidaires.

De plus, de nombreuses recherches ont mis en évidence l'existence d'une corrélation positive entre les expériences traumatogènes, le TUS et la fréquence des expériences dissociatives (Karadag et al., 2005 ; Ross et al., 1992 ; Tamar-Gurol, Sar, Karadag, Evren, & Karagoz, 2008). Elles ont également montré qu'une histoire d'abus émotionnel dans l'enfance constituait un facteur de risques du trouble dissociatif. Dans cette perspective, certains auteurs suggèrent que le recours à l'usage de substances aurait pour objectif de favoriser la dissociation afin de mettre à distance du sujet les émotions négatives associées aux événements traumatiques vécus (Dilorio, Hartwell, & Hansen, 2002 ; Tamar-Gurol et al., 2008). Cette proposition rejoint la théorie proposée par Salmona (2012). Celle-ci suggère que le risque vital représenté par l'événement traumatogène impose à l'organisme de mettre en place des mécanismes de sauvegarde neurobiologiques exceptionnels qui isolent l'amygdale (i.e., rendue hyperactive par la confrontation à des stressors majeurs). Cette disjonction du circuit émotionnel permet, grâce à une libération massive de kétamine-like, d'éteindre la réponse émotionnelle et de protéger ainsi le cœur et le cerveau. Selon Salmona (2012), les patients, soulagés par cette anesthésie émotionnelle (i.e., les émotions négatives sont mises à distance afin de permettre au système de survie) recherchaient d'autres occasions de générer un état dissociatif similaire en adoptant notamment des conduites de risques pour s'anesthésier. Cette hypothèse est supportée par d'autres auteurs qui suggèrent que la dissociation apparaîtrait durant une expérience traumatogène pour éviter au sujet une confrontation brutale avec le réel de la mort (Dunn, Paolo, Ryan, & van Fleet, 1993). L'anesthésie émotionnelle générée favoriserait l'apparition d'un état dissociatif caractérisé par un sentiment d'étrangeté et de déconnexion. Privée d'émotion, la victime devient alors spectatrice de la situation traumatogène vécue.

Nous faisons donc l'hypothèse qu'Aurélie, par l'adoption massive de conduites à risques variées, tente de maintenir un état dissociatif qui la prévient d'une confrontation avec des émotions négatives douloureuses qui n'ont jamais pu être intégrées dans un vécu autobiographique.

4. Discussion

Notre hypothèse consiste à proposer qu'Aurélie, vulnérabilisée par les expériences adverses vécues au cours de son enfance, aurait développé un terrain favorable à l'émergence d'une dissociation structurelle de la personnalité. Cette fragilité de l'unité psychique aurait constitué un facteur précipitant vers un TSPT complexifié par la présence de conduites à risques à visée dissociatives : Aurélie génère par des expériences dangereuses des états dissociatifs passagers qui maintiennent les réactions émotionnelles négatives en dehors de sa perception consciente. Aurélie présente donc un tableau clinique complexe dans lequel des symptômes de TUS, de TSPT, de dissociation et de conduites à risques sont entremêlés, aggravant la sévérité des symptômes associés.

Lorsque nous prenons en charge Aurélie lors de son arrivée au centre de soins et de prévention en addictologie, elle se voit proposée pour la première fois, après dix ans de prise en charge, un traitement thérapeutique orienté sur son traumatisme. En addictologie, la comorbidité TUS/TSPT est un véritable challenge pour les cliniciens (O'Brien, 2004). En effet, d'une part, car la fréquence de cette comorbidité est élevée (Brady, Dansky, Back, Foa, & Carroll, 2001 ; Brady, Back, & Coffey, 2004 ; Dansky et al., 1996 ; Grice, Brady, Dustan, Malcolm, & Kilpatrick, 1995 ; Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001 ; Najavits et al., 2003 ; Triffleman, Marmar, Delucchi, & Ronfeldt, 1995) et d'autre part car les intrications négatives que ces deux troubles entretiennent lorsqu'ils apparaissent de manière concomitante sont nombreuses (Brady et al., 2001 ; Brady, Dansky, Sonne, & Saladin, 1998 ; Najavits et al., 1998 ; Najavits, Weiss, & Shaw, 1997 ; Zweben, Clark, & Smith, 1994). Pourtant, même si certains travaux cliniques démontrent l'efficacité de certains protocoles thérapeutiques pour les traiter conjointement (pour revue, Eraldi-Gackière & Boudoukha, 2010), la littérature dans le domaine demeure parcellaire (Hien et al., 2010). Jusqu'à très récemment, les recommandations des cliniciens addictologues convergeaient pour déclarer que l'addiction devait être traitée en premier, tant l'appréhension d'augmenter les consommations en travaillant l'événement traumatogène était grande (Killeen et al., 2008 ; Pitman et al., 1991 ; Triffleman, Carroll, & Kellogg, 1999). Cependant, des études récentes ont prouvé le contraire en démontrant que traiter le TSPT chez des personnes dépendantes n'augmentait pas forcément les conduites de consommations (Brady et al., 2001 ; Coffey, Stasiewicz, Hughes, & Brimo, 2006 ; Ouimette, Moos, & Finney, 2003 ; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Par contre, il semblerait que lorsque les symptômes du TSPT s'intensifient, ceux de l'addiction s'aggravent également (Back, Brady, Sonne, & Verduin, 2006 ; Coffey et al., 2002 ; Saladin et al., 2003). De plus, dans le cas d'Aurélie, nous suspectons que le traumatisme vécu soit en grande partie à l'origine de l'addiction. Dans ce cas, et comme de plus en plus d'auteurs le suggèrent (Back et al., 2006 ; Brady et al., 2001 ; Coffey et al., 2006 ; Hien et al., 2010 ; Ouimette et al., 2003), nous avons pris le parti de traiter l'événement traumatogène en première instance. L'EMDR est une technique reconnue pour être efficace auprès de patients souffrant de TSPT (Bisson & Andrew, 2007) et d'une comorbidité TUS/TSPT (Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Cependant, traiter l'événement traumatogène avec l'EMDR comme seule prise en charge thérapeutique ne nous semble pas suffisant puisque selon notre hypothèse, Aurélie réactiverait en permanence, par le traumatisme psychique causé par le viol, ses cognitions dysfonctionnelles en lien avec son attachement insécure/évitant. Aussi, il nous semble important de traiter conjointement l'épisode traumatique d'Aurélie avec ses schémas précoces inadaptés (i.e., souvenirs, cognitions, émotions et sensations corporelles portant sur soi-même et ses relations aux autres et dysfonctionnels de façon significative) construits au cours de l'enfance. Dans cette perspective, la thérapie des schémas de Young (1994) nous semble particulièrement

adaptée même si l'efficacité de cette thérapie dans la prise en charge des schémas précoces inadaptés reste peu évaluée (excepté Ball, 2007). Cependant, quelle que soit la technique utilisée, il demeure important de garder à l'esprit que la dissociation est un phénomène qui altère la qualité du contact avec le thérapeute et entrave les capacités d'introspection, puisque le patient a tendance à se dissocier lorsque des émotions pénibles l'envahissent (Kédia, 2009). Dans le cas d'Aurélië, jusqu'à ce que nous la rencontrions, sa dissociation avait été appréhendée comme un état limite. Notre postulat penche clairement en faveur de l'idée qu'Aurélië, de par la présence de constructions dyfonctionnelles concernant elle-même et ses relations aux autres, ne possédait pas les éléments de résilience nécessaires pour lui permettre d'assurer un développement favorable face à des circonstances adverses. Le manque de soutien social suite au viol a également probablement contribué à cette difficulté (Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2000 ; Brewin et al., 2000). Aussi, l'hypothèse que les symptômes dissociatifs observés chez Aurélië seraient postérieurs au viol nous semble acceptable même si les expériences adverses vécues durant son enfance ont certainement amorcé cette fracture de la conscience. Dans tous les cas, il est vrai que l'intérêt d'utiliser des techniques thérapeutiques dissociatives comme l'EMDR a été discuté (Bryant, Marosszeky, Crooks, Baguley, & Gurka, 1999) même si de nombreuses études en ont démontré l'efficacité (Davidson & Parker, 2001 ; Seidler & Wagner, 2006). En effet, la dissociation est un phénomène qui altère la qualité du contact avec le thérapeute et entrave les capacités d'introspection, puisque le patient a tendance à se dissocier lorsque des émotions pénibles l'envahissent (Kédia, 2009). Dans cette perspective, la pertinence de coupler la thérapie des schémas et l'EMDR prend tout son sens. En effet, lors de la thérapie des schémas, les PE se désactivent et s'intègrent dans la PAN ce qui permet de réduire les opportunités de conduites dissociatives. En parallèle, l'évènement traumatique, de plus en plus intégré à l'aide des séquences d'EMDR (au cours desquelles les cognitions dysfonctionnelles associées à des souvenirs ont l'opportunité d'être retraitées au sein d'une mémoire contextuelle plus adaptée), devient de moins en moins générateur d'émotions négatives. Ce retraitement, en réduisant les intrusions négatives spontanées, offre la possibilité au patient de moins recourir à des conduites d'évitement de type dissociation. Nous croyons que ces nouvelles possibilités d'intégrer l'épisode traumatique dans une PAN cohérente avec l'histoire biographique du sujet devrait favoriser les chances de succès thérapeutiques.

5. Conclusion

La littérature internationale atteste de l'importance de considérer les phénomènes dissociatifs, en particulier dans la compréhension des victimes de traumatisme. En effet, la dissociation constitue un facteur de vulnérabilité pour les personnes ayant vécu un évènement traumatogène, parce qu'elle favorise l'apparition d'un TSPT mais aussi parce qu'elle est comorbide de nombreuses conduites à risques qui aggravent le tableau clinique. Le challenge des cliniciens à ce niveau est double puisque si la dissociation majeure la sévérité du tableau clinique associé au vécu d'une expérience traumatique, elle rend aussi la prise en charge des troubles plus difficile en réduisant leur chance de succès. Aussi, il est important de penser des prises en charge adaptées et intégrées afin de se situer au plus près des phénomènes en jeu dans la comorbidité TUS/TSPT. Pour réussir cette étape, il est nécessaire au préalable de mieux cerner les relations réciproques qu'entretiennent les troubles comorbides chez les victimes de traumatisme.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 69–73. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10740937>).
- Arnett, J. J. (1996). Sensation seeking, aggressiveness and adolescent reckless behavior. *Pergamon Person Individ Dfjy, 20*(6), 693–702. (Retrieved from http://www.ac.els-cdn.com.docolec.u-bordeaux.fr/019188699600027X/1-s2.0-019188699600027X-main.pdf?tid=e975e90c-1534-11e7-98a9-00000aacb362&acdnat=1490870445_21b40cad549398cd07d23ac545de476a).
- Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., & Verduin, M. L. (2006). Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(9), 690–696. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.00000235794.12794.8a>
- Ball, M. J. (2007). *Changing systems means changing behaviors*. AMIA Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18694274>).
- Birmes, P., & Brunet, A. (2005). Entités cliniques immédiates et post-immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique. In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, & M. Goudemand (Eds.), *Psychotraumatismes : Prise en charge et traitements*. Paris: Masson.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., et al. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry, 20*(2), 145–151. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.033>
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). In J. Bisson (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD003388). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Boudoukha, A. H., Ouagazzal, O., & Goutaudier, N. (2016). When traumatic event exposure characteristics matter: Impact of traumatic event exposure characteristics on posttraumatic and dissociative symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000243>
- Boudoukha, A. H., Przygodzki-Lionet, N., & Hautekeete, M. (2011). Traumatic Events and Early Maladaptive Schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *European Review of Applied Psychology, 61*(4).
- Boszormenyi-Nagy, I. (1989). Transgenerational solidarity: Treatment and prevention in an expanded context. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39*(12), 433–443. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2616712>).
- Brady, K. T., Back, S. E., & Coffey, S. F. (2004). Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current Directions in Psychological Science, 13*(5), 206–209. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00309.x>
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*(1), 47–54. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11516926>).
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Sonne, S. C., & Saladin, M. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. Order of onset. *The American Journal on Addictions, 7*(2), 128–135. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598216>).
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626–632.
- Brown, R. J. (2005). Dissociation and conversion in psychogenic illness. In M. Hallet, C. R. Cloninger, S. Fahn, & a. et (Eds.), *Psychogenic movement disorders: Psychobiology and treatment of a functional disorder* (pp. 131–143). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder-PTSD comorbidity. Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(5), 445–448. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00286-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00286-9)
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748–766. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339–376 (Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12729677>).
- Bryant, R. A., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I. J., & Gurka, J. A. (1999). Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 14*(6), 588–594. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10671704>).
- Carton, S. (2005). La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? *Psychotropes, 11*(3), 121–144. <http://dx.doi.org/10.3917/psyt.113.0121>
- Chignon, J. M., Jacquesy, L., Mennad, M., Terki, A., Huttin, F., Martin, P., et al. (1998). Self-assessment questionnaire of alcoholic craving (ECCA Questionnaire: Behavior and Cognition in Relation to Alcohol: French translation and validation of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale). *L'Encéphale, 24*(5), 426–434. (Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9850816>).
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 411–416. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.411>
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD

- related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12362957>).
- Coffey, S. F., Saladin, M. E., Drobos, D. J., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (2002). Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid post-traumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(2), 115–127. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772473>).
- Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M., & Brimo, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 425–435. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.425>
- Crosby Ouimette, P., Brown, P. J., & Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 785–795. (Retrieved from http://www.ac.els-cdn.com/doi/10.1016/S0306460398000641/1-s2.0-S0306460398000641-main.pdf?tid=cc1c1430-09bd-11e7-a67a-00000aab0f01&acdnat=1489609823_c24f07bab904ad814f0113ef93e7a1a).
- Cyrułnik, B. (2010). *Mourir de dire : la honte*. Paris: Odile Jacob.
- Dansky, B. S., Brady, K. T., Saladin, M. E., Killeen, T., Becker, S., & Roitzsch, J. (1996). Victimization and PTSD in individuals with substance use disorders: Gender and racial differences. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(1), 75–93. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8651146>).
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305–316. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11393607>).
- Dilorio, C., Hartwell, T., Hansen, N., Multisite, N. I. M. H., & HIV Prevention Trial Group (2002). Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. *American Journal of Public Health*, 92(2), 214–219. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818294>).
- Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J., & van Fleet, J. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1043–1047. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.7.1043>
- Eraldi-Gacière, D., & Boudoukha, A. H. (2010). Alcoolodépendance et trouble de stress post-traumatique : Épidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriquement. *Alcoolologie et addictologie*, 32(4), 307–317. (Retrieved from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=23620652>).
- Falconer, E. M., Felmingham, K. L., Allen, A., Clark, C. R., McFarlane, A. C., Williams, L. M., et al. (2008). Developing an integrated brain, behavior and biological response profile in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Integrative Neuroscience*, 7(3), 439–456. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18988301>).
- Gatz, M., Russell, L. A., Grady, J., Kram-Fernandez, D., Clark, C., & Marshall, B. (2005). Women's recollections of victimization, psychological problems, and substance use. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 479–493. <http://dx.doi.org/10.1002/jcop.20064>
- Grice, D., Brady, K., Dustan, L., Malcolm, R., & Kilpatrick, D. (1995). Sexual and physical assault history and posttraumatic stress disorder in substance-dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, 4, 297–305.
- Hien, D. A., Jang, H., Campbell, A. N. C., Hu, M.-C., Miele, G. M., Cohen, L. R., et al. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *The American Journal of Psychiatry*, 167(1), 95–101. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09091261>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., & Frasquilho et al. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184–1190. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie*, 1, 417–453.
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gürol, D., Evren, C., Karagoz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1247–1253. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16259538>).
- Kédia, M. (2009). La dissociation : Un concept central dans la compréhension du traumatisme [Understanding dissociation: An important element in the treatment of trauma]. *L'évolution psychiatrique*, 74, 487–496. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.013>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257>).
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–1264. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <http://dx.doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Kianpoor, M., Bahredar, M. J., & Ommizadeh, S. J. (2008). Comparing the level of dissociative experience in prisoners with and without opioid dependence disorder in Shiraz and its relationship with other psychiatric disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(4).
- Kianpoor, M., & Bakshani, N.-M. (2012). Trauma, dissociation, and high-risk behaviors. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 1(1), 7–11. <http://dx.doi.org/10.5812/ijhrba.4624>
- Killeen, T., Hien, D., Campbell, A., Brown, C., Hansen, C., Jang, H., et al. (2008). Adverse events in an integrated trauma-focused intervention for women in community substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(3), 304–311. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.12.001>
- Klimova, A., Bryant, R. A., Williams, L. M., & Felmingham, K. L. (2013). Dysregulation in cortical reactivity to emotional faces in PTSD patients with high dissociation symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20430>
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: An update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 82–88. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19187714>).
- Louville, P., & Salmona, M. (2013). Traumatismes psychiques : Conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Revue santé mentale*, 176.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902–907. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.6.902>
- Mauchand, P., Lachenal-Chevallet, K., & Cottraux, J. (2011). Validation empirique du questionnaire abrégé des schémas de Young (YSQ-S2) sur une population de patients présentant un trouble de la personnalité borderline et de sujets témoins. 37(2), 138–143. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2010.04.014>
- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: Advances in assessment and treatment. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 19(3) <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12006>
- Muuss, R. E., & Porton, H. D. (1998). Increasing risk behavior among adolescents. In M. Hill (Ed.), *Adolescent* (pp. 422–431). New York: R.E. Muuss & H.D. Porton.
- Myers, C. S. (1940a). *Shell shock in France, 1914–1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Myers, C. S. (1940b). Shell shock in France 1914–1918. *Brain*, 63(3), 292. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/63.3.292>
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., et al. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 214–219. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.2.214>
- Najavits, L. M., Runkel, R., Neuner, C., Frank, A. F., Thase, M. E., Crits-Christoph, P., et al. (2003). Rates and symptoms of PTSD among cocaine-dependent patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 601–606. <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2003.64.601>
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *The American Journal on Addictions*, 6(4), 273–283. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9398925>).
- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416–445. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
- Nijenhuis, E. R., van Dyck, R., terKuile, M. M., Mourits, M. J., Spinhoven, P., & van der Hart, O. (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(2), 87–98. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12854393>).
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G., & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 89–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002>
- O'Brien, C. P. (2004). The Mosaic of addiction. *Am J Psychiatry*, 161(10). (Retrieved from <http://www.ajp.psychiatryonline.org>).
- Ogawa, J. R., Sroufe, L., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Developmental Psychopathology*, 9(4), 855–879.
- Ouimette, P., Moos, R. H., & Finney, J. W. (2003). PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 410–414. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699036>).
- Perez-Dandieu, B., & Tapia, G. (2014). Treating trauma in addiction with EMDR: A pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4/6), 303–309. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2014.921744>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950>).
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poiré, R. E., et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52(1), 17–20. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1988412>).
- Powers, M. B., Medina, J. L., Burns, S., Kauffman, B. Y., Monfils, M., Asmundson, G. J. G., et al. (2015). Exercise augmentation of exposure therapy for PTSD: Rationale and pilot efficacy data. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 314–327. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2015.1012740>
- Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., et al. (2014). mHealth: A mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 427–436. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1855>
- Putnam, F. W. (1993a). Dissociative phenomena. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociative disorders. A clinical review* (pp. 1–16). Lutherville: Sidran.

- Putnam, F. W. (1993b). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 39–45. (Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8435785>).
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York: Guilford Press (Retrieved from: <https://www.guilford.com/books/Dissociation-in-Children-and-Adolescents/Frank-Putnam/9781572302198/reviews>).
- Ross, C. A., Kronson, J., Koensgen, S., Barkman, K., Clark, P., & Rockman, G. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(8), 840–842. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1330870>).
- Ross, C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociative disorders. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 3–24). New York: Plenum.
- Saladin, M. E., Drobos, D. J., Coffey, S. F., Dansky, B. S., Brady, K. T., & Kilpatrick, D. G. (2003). PTSD symptom severity as a predictor of cue-elicited drug craving in victims of violent crime. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1611–1629. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656549>).
- Salmona, M. (2012). *Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Traumas et résilience*. Paris: R Coutanceau Smith Dunod.
- Schacter, D. L. (1999). The seven sins of memory. Insights from psychology and cognitive neuroscience. *The American Psychologist*, 54(3), 182–203. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10199218>).
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706007963>
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., & Sahar, T. (1997). Predicting PTSD in trauma survivors: Prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 170, 558–564 (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9330024>).
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(5), 82–86. (Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946940>).
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2004). Phase-oriented treatment of complex dissociative disorders: Overcoming trauma-related phobias. In A. Eckhart-Henn & S. O. Hoffman (Eds.), *Dissociative disorders of consciousness: Theory, symptoms, therapy* (pp. 357–394). Germany: Stuttgart (Schattauer).
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–53. http://dx.doi.org/10.1300/J229v06n03_02
- Stewart, S. H., Conrod, P. J., Pihl, R. O., & Dongier, M. (1999). Relations between posttraumatic stress symptom dimensions and substance dependence in a community-recruited sample of substance-abusing women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 78–88.
- Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 797–812. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801717>).
- Tamar-Gurol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., & Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 540–547. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01847.x>
- Triffleman, E. G., Marmar, C. R., Delucchi, K. L., & Ronfeldt, H. (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(3), 172–176. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7891064>).
- Triffleman, E., Carroll, K., & Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy. An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1–2), 3–14. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10435248>).
- Van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 202–214. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.004>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11–12), 906–914. <http://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83–93. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8659645>).
- Van Rens, L. W. J., de Weert-van Oene, G. H., van Oosteren, A. A., & Rutten, C. (2012). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder in patients with serious dual diagnosis problems. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(4), 383–388. (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22508357>).
- Vandevoorde, J., & Le Borgne, P. (2015). Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature. *L'évolution psychiatrique*, 80, 187–208. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.09.002>
- Véléla, D. (2005). Nouvelles consultations de Marmottan : Apports théoriques, expériences cliniques. *Psychotropes*, 11(3), 65. <http://dx.doi.org/10.3917/psyt.113.0065>
- Ventureyra, V. A. G., Yao, S.-N., & Cotttraux, J. (2002). The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 47–53. (Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11740168>).
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck.
- Zweben, J. E., Clark, H. W., & Smith, D. E. (1994). Traumatic experiences and substance abuse: Mapping the territory. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 327–344. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.1994.10472453>