

Trouble Dissociatif de l'identité

Bonnie Brusky

Charlotte Bouvier

Saraï Cohen

César Peschet

Cas cliniques en psychopathologie

M2 Psychologie clinique et psychopathologie



Mythe ou réalité ?

■ Une réalité clinique ?

■ Des diagnostics posés

Au vu du nombre de diagnostics posés ce ne serait pas si anecdotique...

■ C'est un construit !

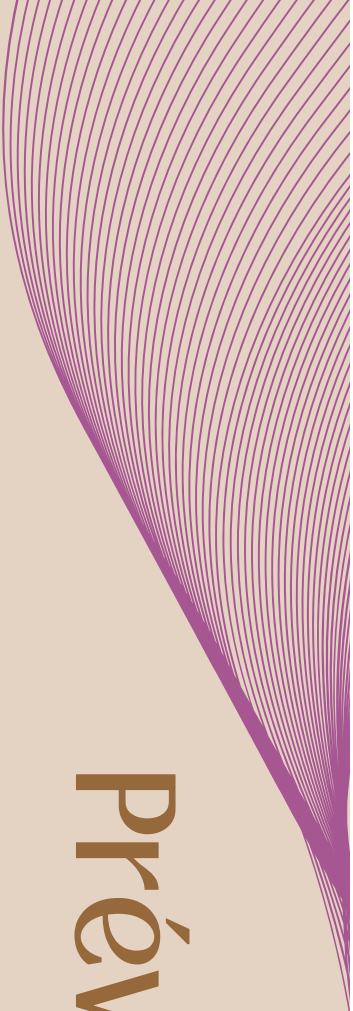
C'est donc une réalité...

Fake ?

■ Trouble ou narration personnelle ?

■ Les deux existent...

un continuum ? ou plus complexe ?



Prévalences

Selon la Thèse (de 2023) de Sonia Di Marco et de Marie Gaumard qui présente une revue des prévalences et que le docteur Hingray à encadré et en a partagé une partie des résultats

3.4 % (de 2 à 6 % suivant les études) des Patients en ambulatoire présenteraient un TDI (USA, Turquie, Finlande)

4.5% (de 0.48 à 12 %) des patients hospitalisé en psychiatrie de jour présenteraient un TDI (USA, Canada, Norvège, Suisse, Grande-Bretagne, Turquie, Irlande, Israël, Chine)

1.4 % (0.8 à 3.7 %)**des personnes en population générale présenteraient un TDI** (Canada, Turquie, Iran, USA, Australie)



Mythe ou réalité ?

■ Une réalité clinique ?

■ Des diagnostics posés

Au vu du nombre de diagnostics posés ce ne serait pas si anecdotique...

■ C'est un construit !

C'est donc une réalité...

Fake ?

■ Trouble ou narration personnelle ?

■ Les deux existent...

un continuum ? ou plus complexe ?

Mythe ou réalité ?

Reinders AATS, et al. (2012)

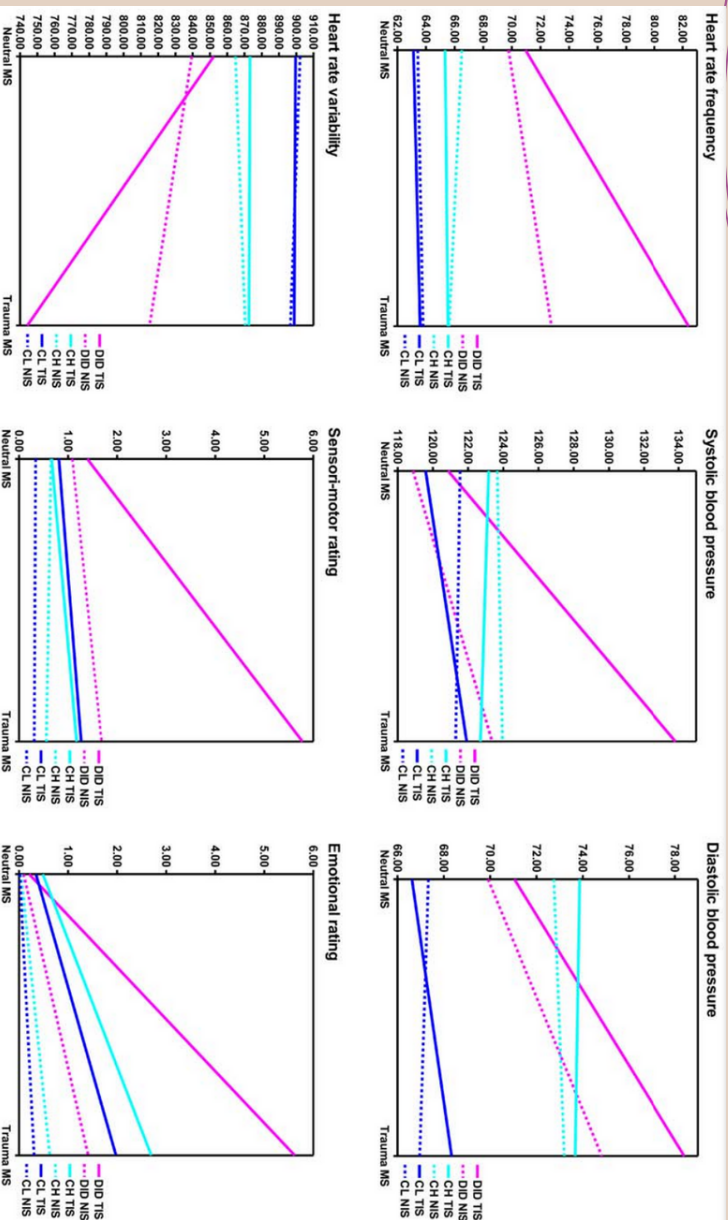


Figure 1. Graphical representation of averages and direction of subjective emotional experiences, subjective sensorimotor experiences, and cardiovascular responses. The dashed line depicts the response of the neutral identity state (NIS) when listening to the neutral or trauma-related memory script (MS). The solid line depicts the response of the traumatic identity state (TIS) when listening to the neutral or trauma related MS. All three groups are presented per variable: the dissociative identity disorder patients (DID) in pink, the high fantasy prone DID simulating controls (CH) in cyan and the low fantasy prone DID simulating controls (CL) in blue. See Table 1 for the statistical values.

doi:10.1371/journal.pone.0039279.g001

Les activations et les différences d'activations obtenues par le Groupe TDI ne sont atteintes par aucun des autres groupes

Une autre étude en IRM met en avant les même différences (Schlumpf YR, et al 2014)

Présentation d'un cas

■ Structure d'accueil

Centre spécialisé
dans le trauma en
Nouvelle Aquitaine

■ Mme H

20 ans
femme transgenre

■ Contexte de la rencontre

3 semaines après
une hospitalisation
de 3 mois pour des
idées suicidaires et
des comportements
d'auto-mutilation
+++

Analyse de la demande

La patiente est orientée au service par le psychiatre du CH où elle a été hospitalisée, pour la prise en charge de ses psychotraumatismes.

La patiente dit qu'elle vient parce qu'elle souhaite pouvoir avancer dans sa vie, en passant outre ses traumas, qui sont « une zone de fragilité extrême ».

Elle souhaite faire de l'EMDR pour essayer de « ranger ses souvenirs. »

Anamnèse 1/2

Famille

- Divorce des parents et garde alternée à ses 3 ans
- Relations difficiles avec le père et la grande-mère paternelle
- Déménagement en Gironde du nord de la France en début 2022

Événements majeurs:

- Violences physiques et psychologiques dans la sphère paternelle
- Exposition à des images sexuelles par le père et “climat incestueux”
- A 6 ans, viol par le demi-frère (amnésie jusqu'à 18 ans)
- 13-14 ans : mort du grand père maternelle

Sociale

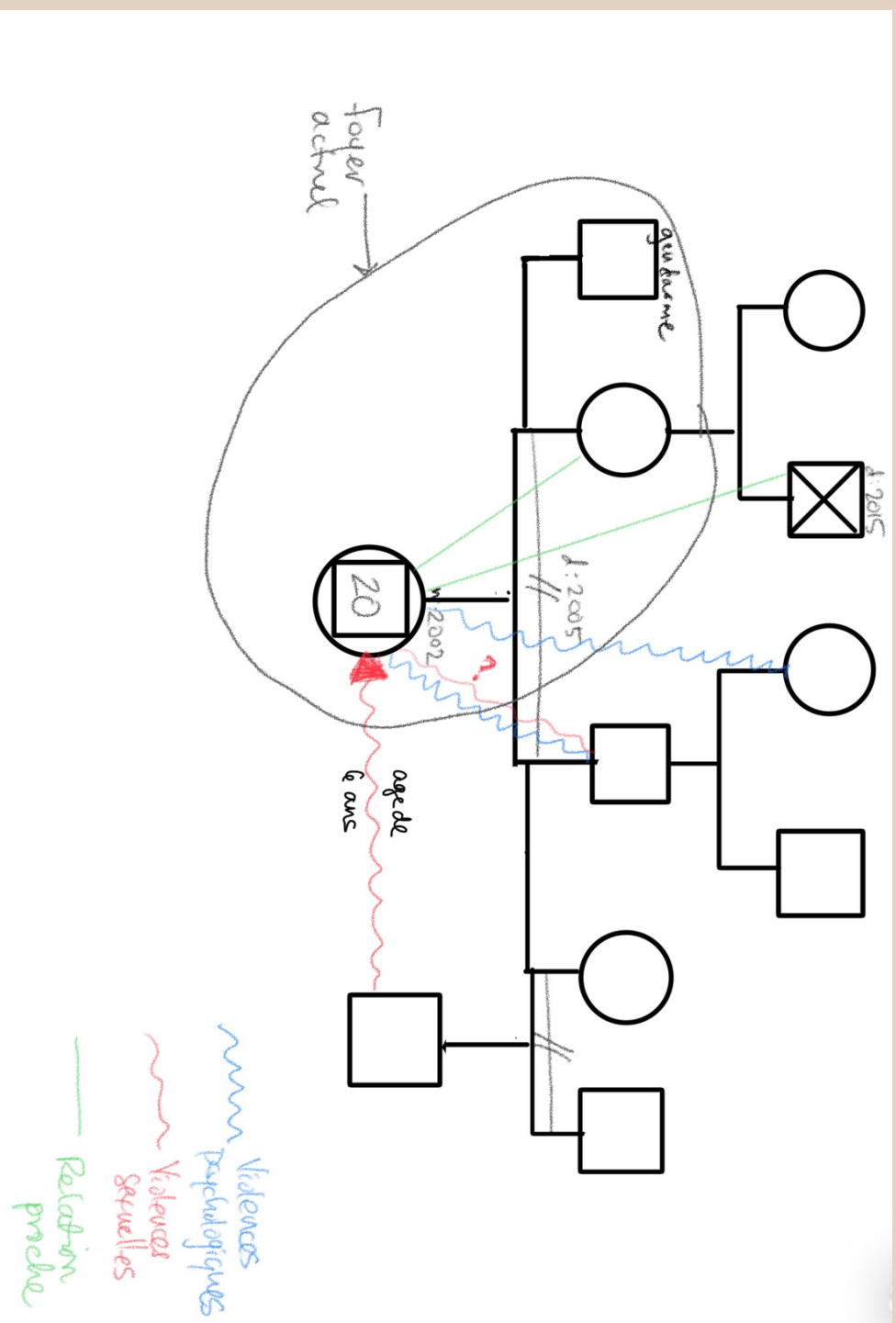
- Harcèlement psychologique et sexuel au collège + homophobie => début automutilations
- Lycée = assume son homosexualité; “libération” et soutien social
- Continue à subir beaucoup de harcèlement et de transphobie sur les réseaux sociaux

Anamnèse 2/2

Soin:

- Transition de genre depuis 2020 avec bloqueurs de testostérone depuis 2021
- Tentative de suicide et début d'un suivi psychologique en 2021 avec des séances d'EMDR (souvenirs d'abus sexuels).
- Psychologue évoque un profil HPI et une anxiété sociale
- Hospitalisation en psychiatrie pendant 3 mois suite à un refus universitaire et au déménagement.
- Traitement pharmaco : Alpress, Loxapac, Valium, Paroxetine, amisulpride (Solian)

Génogramme



Sémiologie

Présentation générale

- Une présentation soigneuse : habillée et maquillée avec beaucoup de soin, tenue chic, accessoirisée (collier, sac)
- Une démarche retenue, rigidité dans le gestuel, posture immobile
- Une attitude coopérative, sincère, mais détachée
- Semble anesthésiée avec des mouvements ralentis
- Peu d'insight - parle de ses tentatives de suicides et ses traumatismes avec beaucoup de détachement

Humeur et affects

- Une humeur vide
- Un affect plat
- Discordance importante entre l'affect et le contenu traumatique du récit

Sémiologie

Pensée et discours

- Un récit cohérent et fluide, raconté lentement, avec une prosodie monocorde, vide d'émotion
- Bonne capacité de concentration, pensée organisée
- Ne communique pas sur des idées obsessionnelles dans le 1er entretien

Perceptions sensorielles

- Cauchemars et flashes

Sémiologie

Cognition

- Fonctions cognitives intactes, mais un état marqué par la léthargie, stupéur - médicaments?
- Pas de signes visibles de hyper-vigilance, de difficultés de concentration, de problèmes de mémoire
- Capacité de compréhension adaptée

Contrôle des pulsions

- Automutilation +++
- IDS +++ fin 2022 surtout
- Plusieurs TS (2021, 03/2023)

Parties

- Tina – la confiante, peut montrer de la colère, « brut »
- Karla – la dépressive, rejet des autres, peur de l'abandon (personnalité borderline)
- Natasha – la fonceuse – elle a une pathologie inventée qui fait qu'elle n'a pas peur. La joie de vie.
- Natasha #2 – la résiliante, très solitaire
- Gina – inspiré sur la famille Lestranger en Harry Potter mais s'est émancipé de cette famille. Rejetée de sa famille, qui s'est suicidé dans un rituel, mais qui n'a pas inclus Gina dans le rituel, tellement elle était considérée non méritante. Folle, extravagante.
- Luca – le seul homme, la liberté. Ouverts sur les sujets sexuels. Ne prend pas la tête. Cool
- Nina – cette part n'a pas un nom attiré, peut-être Nina – créatrice, dans la mode. Elle a un enfant en bas âge

Relation patient-psychologue

- Malgré son aspect engourdie/anesthésiée, la patiente se montre volontaire, coopérant, intéressée
- Une connection de confiance s'installe une fois que la psychologue aborde les parties et leur laisse de la place

Outils et interprétation

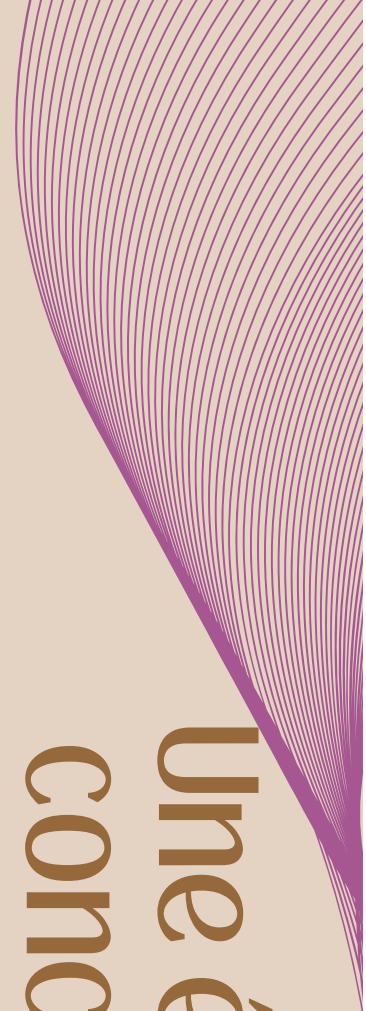
OMS5 Qualité de Vie - BREF	Plus le score est élevé, plus le niveau de qualité de vie est élevé	Domaine santé physique : 21/35 Domaine psychique : 16/30 Domaines relations sociales : 9/15 Domaine environnement : 26/40
Dissociative Symptoms Scale - DSS	Plus le score est élevé, plus les symptômes sont sévères	Score total : 32/80
Somatoform Dissociation Scale - SDQ	29 ou plus est considéré comme étant le seuil pour des troubles dissociatifs	Score total : 25/100
Hospital Anxiety & Depression Scale - HADS	0-7 - absence de symptomatologie 8-12 - symptomatologie douteuse 11-16 - symptomatologie certaine	Score Anxiété : 10/16 Score Dépression : 4/16
International Trauma Questionnaire - ITQ	Plus le score est élevé, plus les symptômes sont sévères	Score Symptômes PTSD : 29/36 Score Symptômes CPTSD : 29/36
PTSD Check List 5 - PCL5	39 ou plus est considéré comme étant le seuil pour un TSPT	Score total : 39 / 80

Petit temps de réflexion...

Tableau de Sultan comme vous savez faire...

Et premières réflexions sur des pistes diagnostics avec ce que savez des troubles...

Par la suite on vous proposera plus de détails sur le TDI afin de continuer et enrichir vos réflexions, ce temps est pour dégrossir le travail à chaud...



Une évolution conceptuelle

■ Cas Félicita X

1876

Eugène Azam

1840

Charles Despine

cas Estelle L'Hardy

■ Associationnisme

J-M Charcot

Pierre Janet

T-A Ribot



Modèle de P. Janet

“Une activité de **synthèse** interrompue, qui combine, agrège, **associe**, le flux des sensations, mouvements, idées, mémorisations... Jusqu’à aboutir à ces **unifications** particulières telles que l’idée de **personnalité** ou la perception de la **réalité** du monde”

“Il arrive à cette activité synthétique du psychisme, de **butter sur divers obstacles** : accidents, malheurs ou dérèglement biologiques –, **arrêtant** son élan ou le **privant** de la force qui lui est nécessaire”

“On assiste à autant de **désunifications**, libérations, décompositions, désagréations ou **dissociations** des synthèses acquises – de ces synthèses que sollicite sans cesse l’effort d’adaptation au changement exigé par la vie”



Modèle de P. Janet

“La trace d’un événement traumatique ne s’enregistrerait pas comme les autres souvenirs. Elle s’isolerait (...). **Cette partie fragmentée de l’expérience grandirait en autarcie dans une partie de la conscience**, une partie séparée du reste, donc dissociée, faisant ainsi cohabiter le non-souvenir oublié du trauma en dehors de ce qui est du reste, provoquant amnésie dissociative”

Une évolution conceptuelle du TDI ?

Cas Félicita X

1876

Eugène Azam

1840

Charles Despine

cas Estelle L'Hardy

Associationnisme

1859-1947

Pierre Janet

1825-1893

J-M Charcot

1839-1916

T-A Ribot

Guerre du Vietnam

1960

cas de Sybil par

H Spiegel

“mécanisme de def

et continuum”

A Ludwig

Ernest Hilgard

DSM-III

De l'hystérie vers

> Les Troubles

Dissociatifs

>> Somatoformes

>> Stress

>> Dissociatif

>>> Personnalité

Multiple

Une évolution conceptuelle du TDI

DSM-III

Troubles
Dissociatifs
> Trouble de la
Personnalité
Multiple

DSM-IV

Vers le terme de :
Trouble
Dissociatifs de
l'identité

DSM-5

Ca se précise...
un peu



TDI et DSM-5

A-Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une **discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité**, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteurs. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.

B-Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent **pas** être des oublis ordinaires.

C-Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

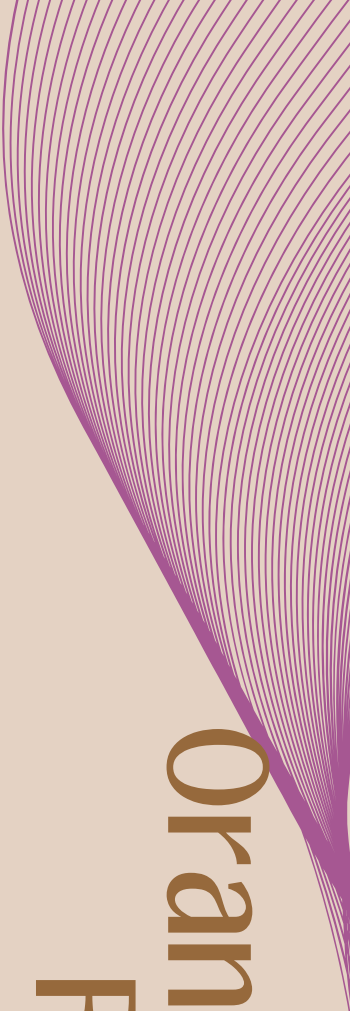
D-La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise

E-Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance à une autre affection médicale

TDI et CIM-11

Le trouble dissociatif de l'identité se caractérise par une **perturbation** de l'identité dans laquelle il y a deux **états distincts de la personnalité ou plus** (identités dissociatives) **associés à des interruptions marquées dans la sensation de soi et de la capacité d'agir**. Chaque état de la personnalité inclut **son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation avec soi, son corps et l'environnement**. Au moins deux états de la personnalité distincts prennent de façon récurrente **le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu** dans ses interactions avec les autres ou avec l'environnement, comme dans l'accomplissement de tâches spécifiques de la vie quotidienne telles que la parentalité ou le travail, ou en réaction à des situations spécifiques. Les changements de l'état de la personnalité s'accompagnent d'altérations connexes de la sensation, de la perception, de l'affect, de la cognition, de la mémoire, du contrôle moteur et du comportement. Il y a généralement des **épisodes d'amnésie**, qui peuvent être sévères.

Les symptômes ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris aux effets d'un sevrage, ni à une maladie du système nerveux ou à un trouble du cycle veille-sommeil. Les symptômes entraînent un déficit important dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.



Orange & Red Flags

■ Trouble de la personnalité Borderline

Notamment sur des tableaux un peu riches

■ Hallucinations auditives (voix)

Voix dont la personne peut connaître les noms, et les âges...

■ Traumatisme Complexe

D'autant plus si c'est dès l'enfance

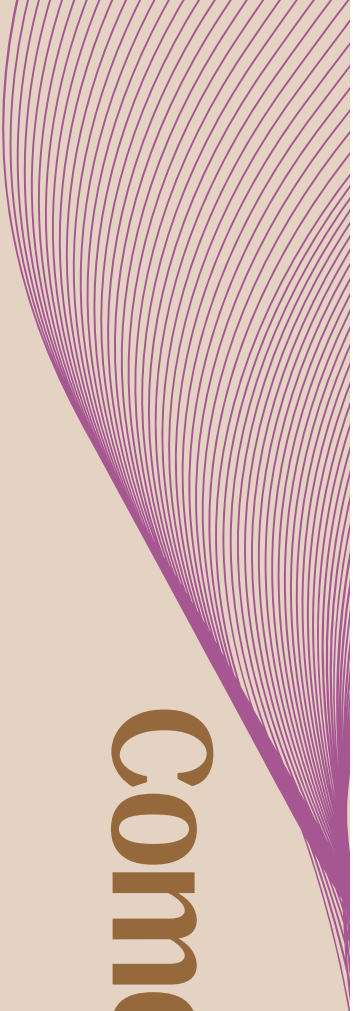
■ Switch

■ Diagnostics Antérieurs

Surtout s'ils sont nombreux, et notamment s'ils comportent :
Trouble de la Personnalité Borderline, Bipolaire, du Spectre de la Schizophrénie, du Stress Post Traumatique, Usage de Substances...

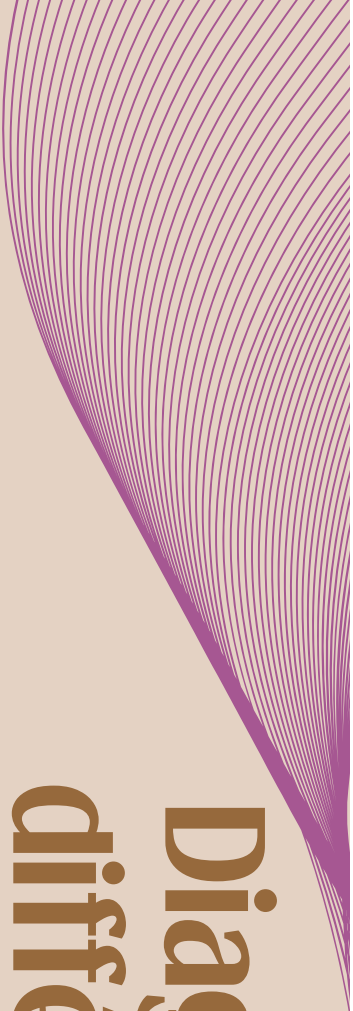
■ Absences/Amnésies

Période de temps manquantes de plusieurs minutes, heures, jours....



Comorbidités

- Trouble du Stress Post Traumatique (79 à 100 %)
 - Troubles des Comportements Alimentaires
- Troubles Dépressifs (83 à 96 %)
 - Trouble du Sommeil
- Trouble de l'Usage de Substance
 - Troubles neurologiques fonctionnels
- Troubles Anxieux
 - Troubles somatoformes



Diagnostic différentiel

TSP et TSP Complexes

- présence de symptômes dissociatifs spécifiques aux TDI (amnésies, actions dissociées)

Trouble de la personnalité borderline

- gestion différente des affects, relations interpersonnelles

Schizophrénie (troubles psychotiques)

- voix d'enfants, pas d'explication délirantes, autres identités, amnésie, ? symptômes schneidériens

Trouble dépressif caractérisé

- humeur fluctuante en fonction des états de personnalité, ne remplit pas tous les critères du TDC

Trouble bipolaire

- changement d'humeur plus rapide

Mini temps de réflexion...

En bref, maintenant, quels arguments avez vous et qui
serait en faveur ou en défaveur...?



Expression de la Dissociation

Psychoforme

Amnésie
Dépersonnalisation
Déréalisation
Perte de compétences

Négatif

Somatoforme

Déficit sensoriel
Déficit moteur
Anesthésie

Positif

Reviviscences traumatiques
Intrusions des parties
dissociatives
Symptômes schneidériens

Hyperesthésie lors de
reviviscence
Perceptions sensorielles
Crises
fonctionnelles/dissociatives

Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Omno Van Der Hart

Les parties dissociatives de la personnalité

(états du Moi, états dissociatifs ou dissociés, états dissociés du soi, états d'identités dissociatifs, alter, selfs dissociatifs ou dissociés, identités dissociatives)

PAN

Partie apparemment normale

Gestion de la vie quotidienne

Présent

Evitement des PE (phobie) et souvenirs traumatiques

Symptômes négatifs

PE

Partie émotionnelle

Dissociée, contient les souvenirs traumatiques

Bloquée à l'événement traumatique

Intrusion au sein de la PAN et défense

Symptômes positifs

Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Dissociation Primaire

1 PAN + 1 PE

TSPT
ESA

Dissociation Secondaire

1 PAN + plusieurs PE

TSPT-C
TPB
TDIp
TDNS

Dissociation Tertiaire

**plusieurs PAN +
plusieurs PE**

TDI

Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Dissociation Structurelle Primaire



Trouble de Stress Post-Traumatique | Troubles dissociatifs "simples"

Traduction : <https://troubledissociatifs.wordpress.com> - tiré de <https://did-research.org>

Dissociation Structurelle Secondaire



Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe | Trouble de la Personnalité Borderline
Autre Trouble Dissociatif Spécifié sous-type 1

Traduction : <https://troubledissociatifs.wordpress.com> - tiré de <https://did-research.org>

Dissociation Structurelle Tertiaire



Trouble Dissociatif de l'Identité

Traduction : <https://troubledissociatifs.wordpress.com> - tiré de <https://did-research.org>

Outils de mesure

DES : Dissociative Experience Scale (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993)

DSS : Dissociative Symptoms Scale (Carlson et al., 2018)

SDQ 20/5 : Somatoform Dissociation Questionnaire (Nijenhuis et al. 1996, 1997, 1998b)

DIS-Q : Dissociation Questionnaire (Vanderlinden, 1993)

MID : Multidimensional Inventory of Dissociation (Dell, 2002, 2006a)

SCID-D-R : Structured Clinical Interview for the DSM-IV Dissociative Disorder - Revised (Setinberg, 1995, 2000)

ITDST : Interview pour Troubles Dissociatifs et autres symptômes liés au trauma (S. Boon, N. Drajet & H. Matheis, 2007)

Petit temps de réflexion...

Que feriez vous comme entretien complémentaire ...?

Quelles Prise-s en Charge ?

Entretien #2

- Une **fragmentation identitaire**: (7 parties nominatives, chacune avec leurs caractéristiques uniques). Elle a conscience de ses parties et quand elles “prennent les manettes”
- Une **amnésie dissociative** occasionnelle : la tentative de suicide s’est passé quand la partie dépressive, « Karla » était « aux manettes », et Mlle H ne sait pas où Karla avait trouvé les médicaments.
- Une **discontinuité d’identité** : quand une partie prend les manettes, Mlle H “se met un coin” et observe.
- La sensation de **dépersonnalisation lorsqu’une partie prend les manettes**: Mlle H entend des voix, notamment celle de « Karla » qui la pousse à s’automutiler, et qui a des idées sur les différents types de lames à utiliser. Le switch entre les parties peut être abruptes, surtout quand Mlle H est fatiguée.
- Un **retentissement sur le fonctionnement** de Mlle H ; elle peut vivre des « switch » jusqu’à 4 fois dans la journée, et cela est « très fatiguant » .



La Prise en Charge...

Stabilisation et réduction des symptômes

- phobies des parties dissociatives, liées à l'attachement
- établir une communication entre les différentes parties

Le traitement des souvenirs traumatiques

- phobies des souvenirs traumatiques
- intégration par toutes les parties

Intégration et rééducation de la personnalité

- renoncer, s'adapter



Merci pour votre écoute

Posez des questions, on a encore
beaucoup à dire...

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Binet, E., & Tarquinio, C. (2022). Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité (Psychothérapies). Malakoff (France): Dunod.

Reinders AA, Willemsen AT, Vos HP, den Boer JA, Nijenhuis ER. Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. PLoS One. 2012;7(6):e39279. doi: 10.1371/journal.pone.0039279.

Schlumpf YR, Reinders AA, Nijenhuis ER, Luechinger R, van Osch MJ, Jäncke L. Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: a controlled fMRI perfusion study. PLoS One. 2014 Jun 12;9(6):e98795. doi: 10.1371/journal.pone.0098795. PMID: 24922512; PMCID: PMC4055615.

Van der Hart, Nijenhuis, E. R. S., Steele, K., Mousnier-Lompré, F., Dellucci, H., Lompré, F., & De Soir, Erik. (2017). Le soi hanté (Nouvelle édition.). De Boeck supérieur.

Webinaire CRP : Le Trouble Dissociatif de l'identité : mythe ou réalité ? du Centre Hospitalier Charles PERRENS.
<https://www.youtube.com/watch?v=wHL5J0Cynng>

Quelques témoignages/ illustrations ?

[https://www.youtube.com/
watch?
v=YKftpDMaNw8&t=2613s](https://www.youtube.com/watch?v=YKftpDMaNw8&t=2613s)

[https://www.youtube.com/
watch?v=wL7_LKWaPDs](https://www.youtube.com/watch?v=wL7_LKWaPDs)

[https://www.youtube.com/
watch?v=DZPng4PPm6M](https://www.youtube.com/watch?v=DZPng4PPm6M)

