

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 ?

■ C'est un construit !

C'est donc une
réalité...

■ Une réalité clinique ?

■ Des diagnostics posés

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

■ Trouble ou narration
personnelle ?

■ Les deux existent...

un continuum ? ou plus
complexe ?

Fake ?

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 ?

■ C'est un construit !

C'est donc une
réalité...

■ Une réalité clinique ?

■ Des diagnostics posés

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

■ Trouble ou narration
personnelle ?

■ Les deux existent...

un continuum ? ou plus
complexe ?

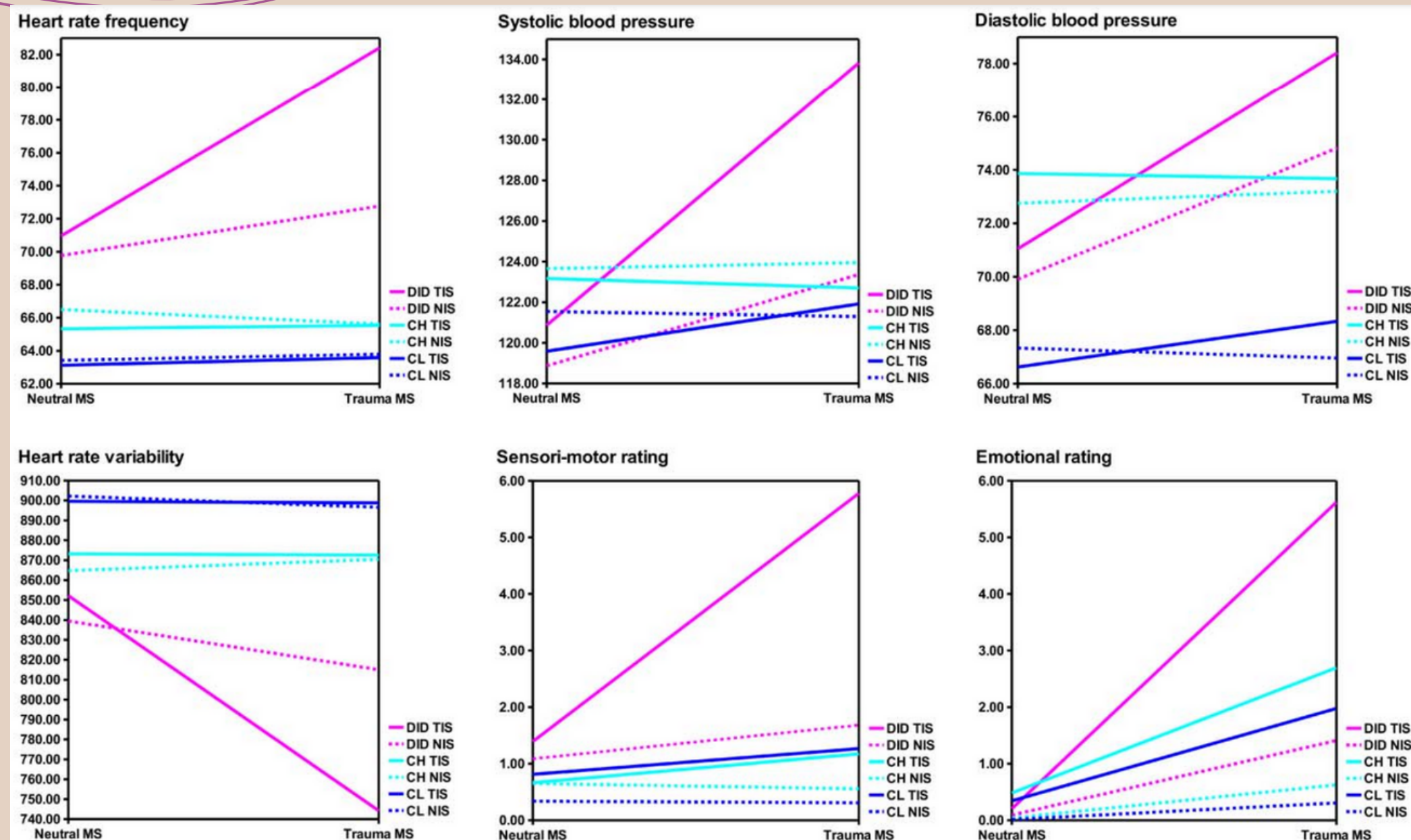
Fake ?

Mythe ou réalité ?

Reinders AATS, et al. (2012)

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 psychiatrie du CH où elle a été hospitalisée, pour la prise en charge des 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:

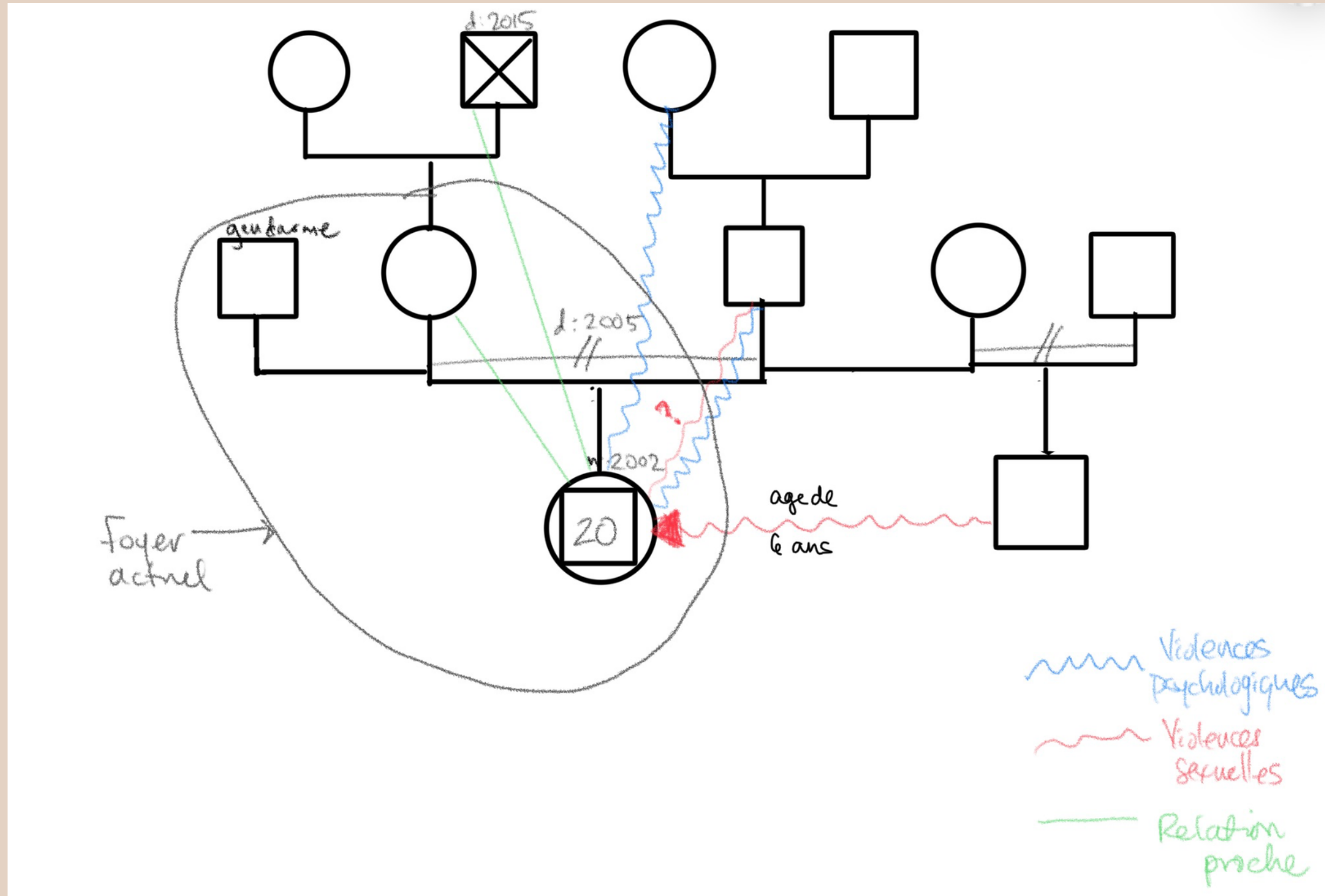
- Harcèlement psychologique et sexuel au collège + homophobie => automutilations
- Lycée = assume son homosexualité; “libération” et soutien social
- Continue à subir beaucoup de harcèlement et de transphobie sur les réseaux sociaux

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
- Psychologue évoque un profil HPI et un TAG
- Hospitalisation en psychiatrie pendant 3 mois en 12.202 - 12/2023 suite à un refus universitaire
- Traitement pharmaco : Alpress, Loxapac, Valium, Paroxetine, amisulpride (Solian)

Génogramme



Sémiologie

Présentation générale

- Une présentation soignée : 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, stupeur - 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 Lestrange 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 attitré, 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...