



D^{re} Mélissa Martin
Psychologue

D^{re} Mélissa Martin travaille au Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et en pratique privée. Elle se spécialise dans l'évaluation, la prévention et le traitement de l'état de stress post-traumatique. Elle est chargée de cours à l'Université de Montréal et s'intéresse particulièrement aux métiers à risque.



Annabelle Gagné
Psychologue

Annabelle Gagné travaille comme psychologue au CLSC Métro et en pratique privée, et elle est aussi conférencière pour un PAE. Elle s'intéresse au trouble dissociatif de l'identité depuis 2007.



D^r John A. O'Neil
Psychiatre

D^r John A. O'Neil, MD, FRCPC, est professeur adjoint de psychiatrie à l'Université McGill, psychiatre traitant au Centre hospitalier de St. Mary, psychanalyste de la Société canadienne de psychanalyse, fellow de la Société internationale pour l'étude du trauma et de la dissociation, et consultant approuvé de l'American Society of Clinical Hypnosis. Il se spécialise dans le diagnostic et traitement des troubles post-traumatiques complexes et des troubles dissociatifs depuis vingt ans.

Le trouble dissociatif de l'identité : plonger dans la multiplicité pour mieux comprendre l'unicité de son patient

Pour la troisième fois, Marie-Ève, 23 ans, entame un suivi avec une nouvelle psychologue. Au cégep, elle a reçu un diagnostic de personnalité limite suite à des comportements d'auto-mutilation, pour ensuite être diagnostiquée bipolaire en raison de moments de productivité intense suivis de périodes dépressives. Son médecin traitant soupçonne une psychose étant donné le murmure constant qu'elle entend dans sa tête. Marie-Ève, elle, s'inquiète du fait qu'elle se réveille toujours dans le lit d'un inconnu le lendemain d'une fête. Elle craint de perdre le contrôle, surtout lorsqu'elle retrouve dans sa garde-robe des vêtements ne lui appartenant pas.

Marie-Ève pourrait souffrir du trouble dissociatif de l'identité (TDI), anciennement nommé « trouble de personnalité multiple ». La majorité des patients qui en sont affectés ignorent qu'ils présentent un TDI. D'autres dissimuleront leurs difficultés, car ils l'associent à la folie. Certains professionnels, croyant que le TDI est exceptionnellement rare, n'envisageront jamais cette possibilité clinique. En conséquence, les patients présentant un TDI reçoivent souvent des diagnostics erronés. D'autres thérapeutes soupçonnent la présence d'un TDI, mais craignent d'ouvrir une boîte de Pandore en investiguant davantage. Puisque l'impasse thérapeutique surviendra tôt ou tard, il devient indispensable de faire une bonne évaluation clinique afin de planifier un traitement adapté pour ces patients qui souffrent en silence.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU TDI

Le TDI fait partie des troubles dissociatifs et est associé à des traumatismes précoces, sévères et répétés. Son évolution peut être fluctuante, mais tend à être chronique et récurrente.

LE TDI (SELON LE DSM-IV) SE CARACTÉRISE PAR :

Une multiplicité –

Présence de deux ou plusieurs identités, « états de personnalité » distincts ou « alters » (ce qui signifie « autre » en latin); chacune ayant ses modalités particulières et constantes de perception, de pensée et de relation avec l'environnement et soi-même.

Des changements d'identité –

Au moins deux de ces identités prennent à tour de rôle le contrôle du comportement du sujet.

Une amnésie –

Se reflète par une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants; l'inaptitude est trop marquée pour s'expliquer simplement par une « mauvaise mémoire ».

En pratique, les cas sous-cliniques de TDI, qui se caractérisent par une multiplicité, mais sans changements d'identité ou d'amnésie, sont plus fréquents que le TDI comme tel. Ces cas sont désignés dans le DSM-IV par l'étiquette « trouble dissociatif non spécifié, exemple 1 ». L'approche thérapeutique demeure toutefois la même.

Chaque état de personnalité possède une histoire personnelle et une image de soi distincte. Habituellement, il y a une identité principale, « l'hôte », qui porte l'identité commune de la personne et qui fonctionne dans le monde réel davantage que les autres. L'hôte paraît « normal », mais présente un répertoire affectif restreint. Les alters s'identifient par des prénoms ou des âges spécifiques (p. ex., Marie-Ève 15 ans vs Marie-Ève 23 ans) et

par leur fonction dans le système. Les alters sont généralement de deux types : post-traumatiques ou fonctionnels. Les identités de type post-traumatiques sont habituellement très jeunes ou adolescentes, bloquées dans un trauma d'origine et sont fréquemment responsables de la sexualité (ou même de la prostitution) de l'individu. Les identités fonctionnelles, elles, sont plus souvent personnifiées par des alters adultes : un alter plus obsessionnel s'occupera du travail; un autre, de type « mère supérieure », incarnera le surmoi; l'autodéfense physique sera assurée par un alter mâle; et l'identification à l'agresseur se présentera sous forme d'un alter sadique ou agressif.

Les changements d'état sont habituellement rapides (en quelques secondes) et se déclenchent lorsque la personne vit un stress spécifique ou doit effectuer une certaine tâche. Tous les alters visent en quelque sorte à protéger l'individu, souvent d'une façon rigide, primitive et clivée. L'ensemble de ces identités fonctionne en « système », parfois dictatorial, parfois anarchique ou parfois clivé en sous-groupes opposés. Les interventions thérapeutiques vont d'abord viser à rendre ce système plus démocratique et égalitaire.

Les personnes présentant un TDI ont tendance à minimiser et à rationaliser certains comportements bizarres qu'eux-mêmes n'arrivent pas à s'expliquer

Il existe de nombreuses possibilités d'interaction : des alters non conscients de l'existence des autres alters; des sous-groupes qui se connaissent; des observateurs cachés; différents degrés de conscience entre alters, ou de coprésence dans le monde (« dans le corps »).

_ÉTILOGIE

Les causes du TDI seraient une combinaison de trauma et de négligence, menant à un trouble de l'attachement. Le trauma, incluant les mauvais traitements physiques et sexuels, serait sévère et fréquent. La négligence se traduirait par un manque de protection, d'apaisement, de soutien, ce qui permettrait au trauma de se répéter dans le temps. Le processus commencerait très tôt dans l'enfance à l'âge de 5 ans ou avant. Comme le jeune enfant victime de sévices ne peut échapper physiquement à la situation, il ne peut que dédoubler involontairement sa conscience, ce qui lui permettrait de préserver, hors des sévices,

son attachement à la figure parentale. Par ce dédoublement, l'enfant « hôte » peut ainsi fonctionner comme si rien ne s'était produit (p. ex., continuer d'aller à l'école), alors que l'alter violenté subit les attaques du parent agresseur le soir venu. Malheureusement, le dédoublement est automatique et il n'existe pas de mécanisme spontané pour renverser le processus. La solution pour l'enfant violenté devient alors le développement du TDI. Les autres mécanismes de défense, comme le clivage et le refoulement, surviennent seulement plus tard avec la maturation de la personnalité.

_ÉVALUATION

Les personnes présentant un TDI ont tendance à minimiser et à rationaliser certains comportements bizarres qu'eux-mêmes n'arrivent pas à s'expliquer (p. ex., dissimuler qu'ils ont eu des périodes d'absence ou qu'ils entendent des voix). Il faut donc être alerte à la phénoménologie du TDI, qui inclut :

L'amnésie (et fugue)

Trous de mémoire : épisodes limités dans le temps d'interruption de la conscience non attribuable à l'usage d'une substance, p. ex la personne oublie s'être habillée ou avoir préparé le café.

Mini fugues : trous de mémoire suivis par un changement de lieu lorsque la personne « s'éveille ».

Amnésie pour certains contextes ou périodes de l'enfance et de l'adolescence, comme l'oubli d'une période spécifique ou de tout souvenir du père, même s'il était sûrement présent.

Déréalisation/dépersonnalisation

Sentiment d'irréalité, d'être un robot, de vivre dans un rêve ou faire l'expérience de sortir de son corps.

Symptômes d'intrusion et de contacts intérieurs

Pensées, images, sons, humeurs et sensations corporelles (incluant douleurs ou anesthésie) qui arrivent ou disparaissent de façon « spontanée ».

Entendre des voix, provenant habituellement de l'intérieur de sa tête, qui commentent les pensées ou les actions ou qui dictent une marche à suivre, ou avec lesquelles la personne discute.

Indices chez le patient de la présence d'alters

Posséder des talents artistiques ou linguistiques jusque-là insoupçonnés.

Retrouver des artéfacts ou des achats d'origine inconnue (vêtements plus aguichants que le style vestimentaire habituel, écriture différente de la sienne, etc.).

Être interpellé sous un autre prénom par des gens qui prétendent connaître l'interlocuteur.

Entendre l'entourage rapporter des comportements surprenants ou des « absences ».

Présenter des blessures physiques ou des lacérations inexpliquées.

Rapporter des comportements extrêmes de courte durée qui transgressent les tabous personnels (destruction, comportements sexuels ou agressifs) et dans lesquels la personne ne se reconnaît pas ou se sent peu en contrôle.

_EN THÉRAPIE

Le client semble absent, « ailleurs », donne des réponses vagues ou essaie de cacher sa confusion lorsqu'on lui mentionne ses « absences ».

Observation de microchangements dénotant une transition entre différents états : regard qui change, paupières qui tressaillent, endormissement, changement inexpliqué de voix, de posture, ou d'affect, geste brutal (p. ex. le client se frappe soudainement), discours interrompu.

Le thérapeute peut, lui-même, faire l'expérience d'être somnolent, distrait ou engourdi, ou bien se sentir perplexe, incompetent ou inadéquat en séance.

Lorsque votre client présente certains des indices mentionnés, il sera utile d'entamer une évaluation plus structurée.

_QUESTIONNAIRE AUTOADMINISTRÉ

L'Échelle des expériences dissociatives (Carlson & Putnam, 1993; traduction en français par Serge Saintonge) est un outil simple de triage diagnostique qui évalue : 1) la fréquence des expériences dissociatives « normales »; 2) la fréquence des expériences dissociatives « pathologiques »; et 3) la probabilité de la présence d'un trouble dissociatif. Les réponses spécifiques facilitent l'entrevue clinique, car le thérapeute demandera des exemples personnels pour chaque item endossé

_ENTREVUE CLINIQUE ET EXAMEN MENTAL

Le cœur de l'évaluation est la clarification des signes et symptômes, énumérés ci-dessus, qui sont très souvent cachés ou dissimulés. Parfois, aucun élément traumatique n'est rapporté par le client, mais son histoire développementale demeure vague, stéréotypée, ou même idéalisée et à peine croyable. Avec le temps, l'histoire de sévices se dévoilera.

_COMORBIDITÉ ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le traumatisme ou la négligence qui perturbe le développement psychique peut se manifester chez l'adulte par des expressions très variées. Le résultat pourrait se traduire par une lourde comorbidité fréquemment associée à des cas complexes : idées suicidaires, comportements excessifs, identité instable, symptômes dépressifs et post-traumatiques, troubles somato-

formes, dissociatifs, sexuels, alimentaires, de sommeil et abus de substances. Évidemment, le TDI peut être accompagné ou non par ces affections, mais il peut aussi être confondu à un trouble de personnalité limite, à un trouble bipolaire de Type II, atypique ou avec cycles rapides, ou encore à un trouble schizophrène ou psychotique en raison des voix hallucinées.

Le tableau suivant aide à faire la distinction entre les voix schizophrènes et les voix dissociatives :

Voix	Schizophrènes	Dissociatives
Nombre	Indéterminé	Précis
Sexe	Vague	Précis
Âge	Non déterminé; habituellement voix adultes	Habituellement déterminé; voix adultes et enfants
Discours	Surtout impératif; dénigrant	Pourrait être informatif, soutenant, thèmes variés
Provenance	Plus souvent de l'extérieur	Plus souvent de l'intérieur
Échange sous forme de conversations	Non	Oui, conversation assez concrète et « normale »

_TRAITEMENT PAR PHASES

Le traitement par phases vise à contrôler le rythme du traitement et à minimiser les possibilités de retraumatisation. On procède à la phase 2 seulement quand (et si) le client est prêt; certains ne le seront jamais, d'autres nécessiteront des retours fréquents à la phase 1.

Phase 1 : Stabilisation/établissement de la sécurité

Diminuer graduellement les comportements auto/hétéro destructeurs.

Augmenter la stabilité dans la vie « réelle » : logement, emploi, activités, relations saines d'intimité.

Travailler les alters par les 5 « C » : connaissance, compréhension de leur rôle, communication, coconscience et coopération.

Enseigner l'ancrage dans le présent et par les sens (*grounding*)

Utiliser l'hypnose clinique (facultatif), puisque le client est fréquemment en état de transe : exercices de visualisation d'un endroit spécial, d'une table interne de discussion, d'une voûte aux souvenirs traumatiques, etc.

Phase 2 : Abréaction et travail de deuil

Abréaction : une reviviscence contrôlée qui met fin aux reviviscences spontanées et consolide l'histoire personnelle oubliée de l'individu.

Autres exercices hypnotiques ou de visualisation : projection sur un écran intérieur des cauchemars, reviviscences, symptômes somatiques, etc. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est aussi efficace pour cette phase.

Phase 3 : Intégration et thérapie « normale »

Intégration des divers alters, en commençant par les alters similaires.

Plus le client intègrera ses alters, plus il ressemblera à un client « normal » et plus la thérapie ressemblera à une thérapie « normale ».

_RESSOURCES

Groupe de discussion et de supervision :

Montreal Study Group on Trauma and Dissociation

Contactez john.oneil@mcgill.ca

Site Web de l'**International Society for the Study of Trauma and Dissociation** : www.isst-d.org

28^e conférence annuelle, Hilton Bonaventure, Montréal, 3-7 novembre 2011.

Texte et document Excel pour la passation de l'*Échelle des expériences dissociatives*.

À visionner :

L'excellente télésérie *The United States of Tara* qui présente le portrait d'une femme mère de famille avec un TDI.

Le court-métrage de Trevor Sands, *Inside* : www.insideshort.com.

_Bibliographie

Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives. The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. NY: Wiley.

Dell, P.F. & O'Neil, J.A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. NY: Routledge

Kluft, R.P. (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Loewenstein, Richard. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567-604.

Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of Multiple Personality Disorder*. NY: Guilford.



FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Formation en hypnose clinique

FORMATION DE BASE - 15, 16, 29 ET 30 OCTOBRE 2011
À MONTRÉAL

Cet atelier initie les participants(es) à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

La méthodologie privilégiée favorise un apprentissage progressif et intensif des habiletés, des techniques et stratégies de base en hypnose clinique.

Cette formation respecte les standards retenus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH).

Pauline Bernier et Michel Landry, psychologues, responsables du programme de formation de la Société d'Hypnose du Québec.

24^e congrès : Le cerveau hypnotisé

18 ET 19 NOVEMBRE 2011 À MONTRÉAL

Des présentateurs de France :
Dr François Thioly, psychiatre
Dr Édouard Collot, psychiatre
Dre Élisabeth Pernelle, gériatre et algologue
Bertrand Hell, anthropologue

Des chercheurs de Montréal :
Pierre Rainville, Université de Montréal
Amir Raz, Université McGill

Un médecin de Sherbrooke :
Dre Sylvie Lafrenaye, pédiatre-intensiviste, CHUS

Un psychologue de Saint-Hubert :
Bruno Fortin

Visitez notre site : www.sqh.info Renseignements : 514 990-1205