

TROUBLES DISSOCIATIFS: UNE MALADIE AU DIAGNOSTIC PAS TOUJOURS FACILE

Dirk Büchter

Traduction: Philippe Compagnon

Vignettes cliniques

Une patiente âgée de 16 ans nous est adressée pour un trouble anorexique-boulimique sévère. Lors de l'anamnèse élargie, il ressort qu'à 8 ans la patiente a perdu soudainement l'audition. Le médecin ORL avait prescrit des appareils auditifs. Peu de temps après, audition complètement normale. Un an plus tard, nette diminution de l'acuité visuelle et prescription de lunettes, là aussi amélioration spontanée après quelques mois. Pendant la psychothérapie, la patiente a pu rapporter que depuis l'âge de 8 ans elle était sexuellement abusée par son oncle, mais que personne ne l'avait écoutée, ni n'avait vu quelles souffrances elle endurait.

Une écolière âgée de 15 ans fréquentant l'école cantonale consulte d'abord son médecin de famille pour des douleurs et une limitation des mouvements dans la jambe gauche. Envoi en IRM, qui montre des réactions inflammatoires au niveau de l'articulation de la hanche. Malgré une thérapie médicamenteuse, aggravation rapide conduisant finalement à une incapacité totale de se déplacer, et le recours à un fauteuil roulant. Même pendant les vacances familiales, la jeune fille devait être portée à la plage. Après les vacances, elle est adressée à notre service. Pendant la psychothérapie, la patiente a pu parler du conflit intra-familial. Les parents voulaient à tout prix qu'elle fréquente l'école cantonale. La patiente s'est certes conformée au vœu de ses parents, mais voulait à tout prix suivre un apprentissage. Après que les parents accèdent à ce souhait, la marche est redevenue possible.

Introduction

Les troubles dissociatifs étaient autrefois appelés «troubles de conversion». Ce terme représentait le présumé original psychanalytique d'un conflit émotionnel qui s'exprimait (se convertissait) en symptôme corporel. Des termes comme hystérie ou névrose hystérique désignent la même situation, et sont certainement encore largement connus.

Quelle est la fréquence des troubles dissociatifs?

La fréquence des troubles dissociatifs a diminué ces dernières années. Parmi les patients en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ils représentent 1 – 2%. L'âge typique où ils se manifestent est l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte. Les jeunes filles sont en-

viron 3 fois plus touchées par des troubles dissociatifs que les garçons. La plupart des troubles dissociatifs ont une courte durée, c'est à dire quelques semaines ou mois. Mais des troubles chroniques peuvent aussi rarement se développer¹⁾.

Qu'est-ce qu'un trouble dissociatif et comment apparaît-il?

Du point de vue de leur genèse, on peut comprendre les troubles dissociatifs au moyen du modèle de la vulnérabilité au stress. Les différentes expressions des troubles dissociatifs ont ceci en commun qu'elles apparaissent toutes en réaction à des traumatismes massives et inattendues. Dans les amnésies dissociatives tout comme dans la fugue dissociative ou les troubles dissociatifs de l'identité, on constate en préalable aux troubles de massives expositions au stress chez les patients comme par exemple de la maltraitance, des expériences liées à la guerre, des conflits relationnels ou d'autres situations de conflits apparemment insolubles²⁾. Les réactions dissociatives peuvent donc être interprétées comme des conduites par lesquelles le psychisme fuit des problèmes en dissociant les parties de la conscience qui sont exposées à ce problème du reste de l'identité, afin de donner à l'individu un espace pour se réorganiser et maîtriser le traumatisme. Lors d'expositions au stress aussi massives, on doit distinguer parmi les aspects neurobiologiques deux modèles de comportement diamétralement opposés, qui peuvent tous les deux être partiellement mis à contribution pour expliquer les phénomènes dissociatifs³⁾.



Dirk Büchter

- 1. Le modèle lutte et réaction de fuite:** Un individu réagit à des menaces externes extrêmes par une réaction d'alarme généralisée, une élévation du tonus sympathique prépare une réaction de lutte ou de fuite. Ce stade appelé hyperarousal est caractérisé par une émission de substances adrénérgiques et d'hormones corticotropes sous la direction du cerveau.
- 2. Le modèle immobilisation:** Cette manière de réagir est choisie par le patient lorsqu'une réaction de lutte ou de fuite ne paraît pas prometteuse, ou lorsqu'elle n'est pas suffisamment formée pour des raisons liées aux processus de maturation et d'apprentissage, ce qui est particulièrement le cas chez les enfants et les jeunes. Là aussi il se produit une

Correspondance:
dirk.buechter@
kispisg.ch

réponse initiale avec excrétion de catécholamines et de corticostéroïdes. Puis survient une forte activation du parasympathique et des systèmes centraux dopaminergiques principalement dans le cortex mésolimbique et mésocortical. Cela influe sur le comportement émotionnel. Par des connexions transversales vers le système opioïde il se produit une modulation de la perception de la douleur qui peut aussi entraîner une déformation de la perception du temps, du lieu et de la réalité. L'application externe d'analogues des opiacés peut déclencher une réaction dissociative similaire³⁾.

Certains symptômes des troubles dissociatifs peuvent aussi s'expliquer par la perception déformée de la réalité comme par exemple la distorsion de la perception du temps et de l'espace dans le cadre d'une fugue dissociative (fuite, la personne concernée quitte son cadre habituel d'existence, comme son domicile ou son lieu de travail et se rend ailleurs). La propension générale d'un individu à réagir à des stimuli extérieurs par des troubles dissociatifs dépend de plusieurs facteurs. Dans ce contexte il faut citer comme facteur de risque particulier dans l'apparition de troubles dissociatifs les traumatismes survenus tôt dans l'enfance. Dans cette situation le trouble dissociatif de l'identité est au premier plan. Mais il y a d'autres facteurs prédictifs ou facteurs de risque pour le développement d'un trouble dissociatif: par exemple des dysfonctions cérébrales minimales, la privation de sommeil, la consommation d'alcool, un arrière-plan familial défavorable avec des expériences précoces de déprivation etc.

En résumé on peut dire que le trouble dissociatif commence le plus souvent en rapport avec un événement traumatique ou fortement pénible, un conflit insoluble ou des problèmes relationnels marqués. Une caractéristique essentielle de tous les troubles dissociatifs est qu'on ne trouve aucune cause organique aux symptômes. Il est caractéristique que les symptômes varient dans leur intensité au fil du temps, et que des symptômes distincts (par exemple perte de mémoire, troubles perceptifs) peuvent se succéder. Les situations pénibles augmentent fréquemment les symptômes. On peut aussi parfois observer des comportements d'automutilation comme des scarifications ou des brûlures. Les patients essaient ainsi de sortir de l'état dissociatif et revenir dans la réalité.

Classification des troubles dissociatifs

Dans l'ICD 10 on exige pour tous les troubles dissociatifs un lien chronologique avec des stress, des problèmes ou des besoins. On ne peut poser le diagnostic de trouble dissociatif qu'une fois exclus une cause physique ou un abus de substances. On différencie les troubles dissociatifs suivants:

- Amnésie dissociative
- Syndrome de dépersonnalisation ou de déréalisation
- Trouble dissociatif de l'identité (personnalités multiples)
- Fugue dissociative
- Stupeur / catatonie dissociative
- Troubles moteurs dissociatifs
- Troubles perceptifs dissociatifs
- États de transe et de possession
- Convulsions dissociatives³⁾⁴⁾

Amnésie dissociative

La personne concernée perd plus ou moins complètement la mémoire d'événements présents importants. Il s'agit le plus souvent d'événements pénibles ou traumatiques, comme des accidents ou de la violence. L'amnésie dépasse en importance une simple étourderie, elle est plus prononcée ou dure plus longtemps.

Syndrome de dépersonnalisation et de déréalisation

«... Je voulais seulement dormir et ne penser à rien. Je garde alors mes objectifs devant les yeux, Je voudrais bien m'entendre avec mon autre Moi et ne plus avoir besoin de me blesser. Je voudrais pouvoir aller vers les autres sans penser qu'ils ne me veulent que du mal ...» d'après le Prof. Dr A. Stretch-Fischer, Réunion à la clinique Sonnenhof, le 9.11.2017.

Le syndrome de dépersonnalisation et de déréalisation est une pathologie mentale relativement fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes, dont le diagnostic est cependant rarement porté. Le trouble de dépersonnalisation et de déréalisation débute souvent après une crise d'angoisse, une maladie physique ou la prise de drogues comme par exemple le cannabis. Il n'est pas rare que les personnes atteintes ne puissent pas identifier de facteur déclenchant dans un premier temps.

Pendant une dépersonnalisation, la perception de soi est altérée. La personne concernée se sent étrangère dans son propre corps ou se sent détachée de son Moi et s'observe de l'extérieur. Dans cet état elle ne ressent aucune réaction émotionnelle et a l'impression de ne pas pouvoir contrôler complètement ses actions. En même temps elle réagit cependant de façon normale et appropriée à son environnement.

Lors d'une déréalisation, l'environnement est perçu comme irréel, étranger ou modifié. Ainsi un environnement jusque là neutre peut paraître soudainement bizarre, étrangeté connue («déjà vu») ou changé.

Un état transitoire de dépersonnalisation ou de déréalisation survient aussi chez des personnes nor-

Formation continue

males, mais peut aussi survenir fréquemment dans d'autres troubles mentaux. Ainsi par exemple lors d'attaques de panique, de dépression, de phobies, de troubles obsessionnels compulsifs ou dans la schizophrénie.

Trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple)

Il s'agit d'une forme grave de trouble dissociatif. Apparaissent différents états de personnalité, distincts, ayant chacun leur propres sentiments, leurs traits de caractère, leurs préférences et leurs souvenirs. Ces états de personnalité surviennent à tour de rôle et ne savent le plus souvent rien des autres parties. Lorsque les personnes atteintes sont dans un état de personnalité donné, elles ne peuvent plus se souvenir de ce qu'une autre partie a fait ou éprouvé.

Mais il peut arriver que les différents états de personnalité ne soient que partiellement dissociés. Dans ce cas les différentes parties se souviennent les unes des autres et peuvent observer ce qu'il se passe lorsqu'une autre partie exerce le contrôle. Elles ne peuvent cependant pas ou seulement difficilement l'influencer.

Le trouble dissociatif de l'identité commence souvent dans l'enfance. La plupart du temps, les personnes concernées souffrent d'autres troubles mentaux, comme de dépression ou de troubles alimentaires. Elles cherchent souvent à dissimuler les symptômes, ce qui fait que cette pathologie passe souvent inaperçue ou n'est diagnostiquée qu'à l'âge adulte.

Fugue dissociative

Lors d'une fugue dissociative la personne quitte sa sphère de vie familière, comme son domicile ou son lieu de travail, et se rend ailleurs. Elle agit extérieurement comme normale et peut continuer à subvenir à ses besoins. Pendant sa fugue elle peut ne plus se souvenir plus ou moins complètement de son passé et de son identité. Dans de nombreux cas elle prend une autre identité, qui peut être distincte de sa personnalité propre. L'état de fugue peut ne durer que quelques heures mais aussi persister plusieurs mois. Souvent il est impossible de se souvenir de événements survenus pendant la fugue.

Stupeur / catatonie dissociative

Cette forme se caractérise par une diminution considérable de la réalisation de mouvements volontaires qui peut aller jusqu'à l'incapacité totale. Cela peut aller aussi jusqu'à l'absence de réactions réflexes à des stimuli visuels, auditifs ou tactiles. Les personnes atteintes sont figées dans une posture, ne parlent pas, ne réagissent pas quand on leur parle, elles ne mangent pas ni ne boivent. Dans cet état on ne peut pas rentrer en contact avec elles. Mais elles n'ont pas perdu connaissance, elles respirent normalement, ont un tonus musculaire normal et peuvent adopter la station debout.

Troubles moteurs dissociatifs

Il se produit une perte partielle ou totale de la capacité de mouvoir un ou plusieurs membres, accompagnée souvent d'une limitation de la capacité à parler ou de troubles de la coordination des mouvements. Peuvent également être présents des tremblements, des crampes, des contractions musculaires, des troubles de la marche, des symptômes ressemblant à ceux de la maladie de Parkinson, ou l'incapacité à tenir debout. Les symptômes décrits ressemblent beaucoup à ceux de maladies neurologiques, mais on ne trouve pas de cause organique.

Troubles perceptifs dissociatifs

Dans ce tableau clinique les perceptions sensorielles sont plus ou moins totalement perdues. La sensibilité cutanée peut être perdue à certains points du corps, sur une région donnée, ou sur toute la surface corporelle. Il peut se produire une défaillance partielle ou totale de la vue, de l'ouïe ou de l'odorat.

États de transe et de possession

Dans la transe dissociative la conscience est provisoirement altérée. Le sentiment d'identité personnelle est perdu. La conscience est simultanément rétrécie à l'environnement immédiat ou à certains stimuli. Les mêmes mouvements, postures et phrases sont répétés sans cesse.

Pendant la transe de possession la personne concernée prend pendant un temps limité une nouvelle identité, qui est attribuée à un esprit ou à un dieu. Le diagnostic ne peut être posé qu'en dehors d'une situation religieusement ou socialement acceptée.

Convulsions dissociatives

Survenue de convulsions, qui ressemblent à de l'épilepsie. Il n'y a toutefois pas de perte de connaissance. Mais un état proche de la stupeur ou de la transe peut survenir.

Diagnostiquer les troubles dissociatifs

Il est très fréquent que les troubles dissociatifs ne soient pas reconnus ou fassent l'objet d'un mauvais diagnostic. Une des raisons en est sûrement que les symptômes sont souvent rapportés à d'autres troubles, par exemple des maladies neurologiques ou des troubles de la personnalité. Une autre raison possible est que lorsque d'autres pathologies mentales sont aussi présentes en combinaison avec les troubles dissociatifs, elles semblent expliquer suffisamment les symptômes dissociatifs^{3,4}.

Des indices importants en faveur d'un trouble dissociatif peuvent être tirés aussi bien de l'entretien avec le patient que du comportement du patient pendant l'entretien. Typiquement le patient parle de trous de mémoire ou raconte qu'il se retrouve sans cesse dans des endroits sans savoir comme il y est arrivé. On peut remarquer dans le cours de l'entretien que le patient perd souvent le fil, ou que son comportement change brusquement et de manière saisissante. De même les plaintes du patient sont souvent discordantes d'avec les réalités anatomiques. En particulier

pour les symptômes douloureux ou les troubles de la motricité, les plaintes ressenties ne correspondent pas aux modèles fonctionnels neurologiques ou anatomiques.

Pour se faire une idée quant à la présence ou non d'un trouble dissociatif on peut employer des questionnaires d'auto- ou d'hétéro-évaluation (Dissociative Experience Scale, Impact of Event Scale ou la Checklist pour les expériences dissociatives des enfants (CDC Version 3).

Lors de l'anamnèse, les questions au sujet des circonstances actuelles de vie et des problèmes ou maladies psychiques du passé sont importantes. On peut ainsi essayer de découvrir s'il y a eu dans le passé un traumatisme, un conflit sévère ou une forte situation de stress. Les informations venant de tierces personnes sont très utiles, ainsi que les entretiens structurés (Dissociative Disorders Interview Schedule).

Une condition préalable est bien entendu que les maladies organiques qui peuvent être à l'origine des mêmes symptômes soient écartées. Si dès le début existent déjà des doutes quant à une cause organique, par exemple, les dermatomes ne correspondent pas aux plaintes décrites, les troubles moteurs sont anatomiquement illogiques ou impossibles, le bilan ne doit pas dégénérer en recherche trop poussée⁵⁾⁶⁾.

Thérapie

Un traitement multimodal combinant psychothérapie, thérapie médicamenteuse et un autre procédé (art-thérapie, activité physique ou musicothérapie) est le premier choix. Chez les enfants et les adolescents l'inclusion du système familial est incontournable. Bien que les troubles dissociatifs soient des pathologies très lourdes, le pronostic est bon avec un traitement approprié.

Dans de nombreux cas un traitement médicamenteux peut être judicieux. On ne dispose pas de médicaments propres aux troubles dissociatifs. Par conséquent on emploie des médicaments qui peuvent atténuer les autres symptômes psychiques associés au trouble dissociatif.

Les antidépresseurs peuvent être un soutien précieux en cas de symptomatologie dépressive ou de stress post-traumatique. Dans les troubles du sommeil un antidépresseur à effet sédatif peut être utile.

Les benzodiazépines peuvent certes bien apaiser les états d'excitation ou les angoisses, mais elles ne devraient cependant être utilisées que comme médicaments d'urgence car une dépendance apparaît déjà après une utilisation régulière de courte durée⁴⁾⁷⁾⁸⁾.

La décision d'hospitaliser ne devient nécessaire que lorsque la symptomatologie est fortement marquée ou que le système familial est si fragilisé ou compromis qu'il ne peut plus offrir de soutien suffisant.

En résumé

Les troubles dissociatifs représentent un groupe très hétérogène de pathologies mentales. Il n'existe cependant pas de modèle explicatif unitaire et capable de répondre à toutes les questions relatives à la genèse de la maladie. Avec des concepts de traitements multimodaux, une amélioration considérable est observée.

Références

- 1) Steinhausen, H-C. (2000). Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Aufl. S 149-151
- 2) Kardiner & Spiegel 1947, Kopelmann 1987, Putnam, 1991
- 3) Weigand, T., Professor Dr. A. Warnke (2005) «Das klinische Bild dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter, ihr Verlauf und ihre Prognose», Dissertation Universität Würzburg
- 4) Arnheim, Christine (2017). Dissoziative Störungen, Therapie.de
- 5) Sonnenmoser, Marion (2004). Dissoziative Störungen: häufig Fehlgedeutet. Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 8, S. 372-373
- 6) Fiedler, Peter (2009). Dissoziative Störungen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Springer Verlag, Heidelberg. S. 477-495
- 7) Krämer, U.; 2017; Psychotherapie im Dialog Heft 3) S. 75-77
- 8) Bronisch T (2000) Biologische Korrelate von Persönlichkeitsstörungen. In: Förstl H (Hrsg) Neuropsychiatrie. Organische Korrelate psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart, S 116-135
- 9) Erikson, N.G. (1996) Early TRAUMATIC STRESS REACTION; British journal of Psychiatry, 169 S. 713-716

Auteur

Dr. med. Dirk Büchter, Jugendmedizin, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

L'auteur n'a déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.