



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

L'adolescent aux diagnostics multiples ou le trouble dissociatif de l'identité à l'adolescence

Adolescents with multiple diagnoses or dissociative identity disorder in adolescence

Emmanuel de Becker

Cliniques universitaires Saint-Luc, université catholique de Louvain, avenue Hippocrate, 10 à B, 1200 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Adolescent
Cas clinique
Diagnostic
Hypnose
Identité
Traumatisme
Trouble dissociatif de l'identité

Keywords:
Adolescent
Clinical case
Diagnosis
Dissociative identity disorder
Hypnosis
Identity
Trauma

RÉSUMÉ

L'adolescence marque le temps de profonds remaniements susceptibles d'induire des expériences de dépersonnalisation, de déréalisation dans la quête de soi, de son identité. Cette période de l'existence est aussi empreinte de fragilité amplifiée par l'étrangeté, l'inquiétude, ainsi que de suggestibilité souvent peu admise par le sujet lui-même. Par ailleurs, les cliniciens savent combien le parcours de vie de nombreux patients est émaillé par des événements traumatiques vécus durant l'enfance, tels que les maltraitements. Enfin, l'adolescence est la période où les pathologies psychiatriques de l'âge adulte commencent à apparaître et à causer une morbidité importante. Nous proposons de parcourir une vignette clinique illustrant le parcours d'un adolescent en proie aux tumultes liés au vacillement de son identité entraînant désarroi et incertitude chez les professionnels rencontrés. La situation éprouvante vécue par ce jeune et sa famille interroge, d'une part, la pertinence, le fondement même du diagnostic à ce temps de l'existence et, d'autre part, la notion de trouble dissociatif de l'identité à l'adolescence. Rappelons combien la fragmentation de l'identité varie selon les cultures et les contextes sociaux, culturels ainsi que les circonstances de vie.

© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Objective. – To evoke the notion of dissociative identity disorder in adolescence requires a nuance so many questions arise among others on the relevance of the juxtaposition of a complex disorder fluctuating at an age group marked by transition. In other words, is it appropriate to speak of dissociation of identity or multiple personality at this specific time of existence? It should also be noted that this diagnosis is controversial both because there is no consensus on definitions such as personality or identity and because some cultures take into account the possibility of possession to explain these tables without reference to pathology.

Methods. – To illustrate our point, we will draw on the situation of a young person admitted to our institutional therapy centre located in a general hospital. The structure accommodates young people aged between fourteen and twenty for six to nine months. As we have also developed, these are usually directed in the course of ambulatory and/or residential therapeutic follow-ups, after experiencing moments of crisis or decompensation. The evaluation then carried out consolidates the prospect of a medium-term stay in a psychotherapeutic centre before considering a possible reintegration into daily life and activities. This clinical case illustrating the path of a teenager in prey to the tumults of wobbling of his identity causing confusion and uncertainty in the chief of the professionals encountered. The difficult situation experienced by this young person and his family questions on the one hand the relevance, the very basis of the diagnosis at this time of existence and on the other the notion of dissociative identity disorder in adolescence.

Results. – The dissociative identity disorder meets a number of criteria, the first of which is identity disturbance characterized by several distinct personality states. Clinically, we first observe a discontinuity in the integration of consciousness, of self-meaning. Registers of affects and sensory-

Adresse e-mail : emmanuel.debecker@uclouvain.be

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.001>
0003-4487/© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

motor functioning (perception, representation of the body) are also concerned. There are then disturbances of the agentivity (motor control, behaviors). In some cases, non-epileptogenic seizures and other conversive manifestations may be at the forefront of these complex clinical tables. The dissociative disorder of identity is also noticed by memory failures (dissociative amnesia) concerning the recall of daily events, personal information, which do not correspond to ordinary forgetfulness. This then leads to signs of impairment of social, professional or other relational functioning. Being an interruption in the tranquility of growth, adolescence is characterized by extreme conflicting positions, changing, fluctuating that give this period of life its appearance of tumult and crisis without being able to speak of frank psychic disturbances. Differential diagnosis between teen upheaval and true pathology is a difficult task.

Conclusions. – Consequently, we think it is important to pay attention to the diachronic and synchronic litters of what the young person in question is deploying. In order to do so, we advocate repeated clinical interviews with the patient and his or her entourage beside rigorous anamnesis. Time is an important element, the time of observation and encounter. Let us avoid precipitation without adopting an attitude of fatalism or even laxity, recalling that, for Winnicott, there is only one remedy for adolescence and only one; it is the passing time and gradual maturation processes that ultimately lead to the appearance of the adult person. Accompany a dissociative identity disorder, proven or suspected, includes the mobilization of a partnership envelope involving experienced institutional structures ready for the necessary clinical flexibility allowing continuous therapeutic adjustment.

© 2019 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Les cliniciens d'adolescents perçoivent combien les aspects liés à la construction identitaire constituent les enjeux essentiels de cette période de vie. Au-delà des métamorphoses somatiques, l'adolescence représente par essence le temps des remaniements psychiques dans ses diverses dimensions, qu'elles soient cognitives, instrumentales, psychoaffectives ou encore relationnelles. Elle caractérise ainsi un tournant dans les réaménagements des mouvements pulsionnels et des liens d'attachement qui façonnent la destinée identitaire du jeune individu. Cet article propose de parcourir une vignette clinique illustrant le parcours d'un adolescent en proie aux tumultes du vacillement de son identité, entraînant désarroi et incertitude chez les professionnels rencontrés. La situation éprouvante vécue par ce jeune et sa famille interroge, d'une part, la pertinence du diagnostic à cette période de l'existence et, d'autre part, la notion de trouble dissociatif de l'identité à l'adolescence.

2. Considérations générales

À la suite d'auteurs tels Le Breton ou Matot, nous considérons la conquête d'une identité personnelle comme l'enjeu premier auquel est confronté l'adolescent [12,16]. Par ses interrogations sur le sens de l'existence, sur ses origines et son avenir, l'adolescent questionne fondamentalement son identité, régulièrement étonné par les restructurations et reconfigurations liées aux multiples projections et identifications qu'il établit. C'est ainsi qu'il peut connaître une « traversée adolescente » marquée par une succession voire une juxtaposition d'identités pour aboutir à celle qu'il incarnera à terme. L'adolescent doit également passer par un travail de déconstruction de son passé, de son héritage familial, élaboration à ne pas comprendre comme « un deuil à faire de son enfance ». Loin d'être assimilé à un renoncement, ce mouvement permet l'ouverture à la violence transformatrice, à l'élan vital. Tout l'enjeu du clinicien consiste à distinguer déconstruction et destructivité chez le jeune. En effet, la confusion fait émerger la haine. Matot souligne que c'est trop souvent le cas dans nos sociétés occidentales. Il met en cause la manière dont elles empêchent les processus de déconstruction, sollicitant, de ce fait, la destructivité qui naît de cette impossibilité [16]. On bascule alors dans la pathologie, le sujet tombant sous l'emprise d'un narcissisme mortifère [31]. En corollaire, le mouvement de déconstruction nécessite de disposer d'un autre vecteur psychique pour pouvoir se développer, celui de l'enchan-

tement, qui se manifeste entre autres par le besoin pour les adolescents de plonger dans des mondes imaginaires, magiques ou virtuels, les autorisant à transformer la toute-puissance, reflet du Moi idéal. Soulignons combien partir à la recherche d'une identité mobilise la tension entre Idéal du Moi et Moi idéal. Sollicitant la balance établie entre recherche de sécurité et stratégies d'exploration, l'adolescent est attendu à se situer sur plusieurs vecteurs comme la mutation des liens, les rapports à la loi et à la mort, les enjeux en lien à la jouissance interdite, les aspects liés à la sexualité et à l'identité [33]. À la suite de Freud qui estimait que l'humain ne renonce jamais (mais qu'il échange une chose contre une autre), le jeune individu va explorer, tenter de faire reculer les limites, pousser les bords de ce qui fait autorité, en réinterrogeant le sentiment de toute-puissance qu'il a plus ou moins vécu antérieurement [1]. Le processus de déconstruction fait écho au désenchantement et à la désidéation. Dans la suite, la construction de l'individu social vise à pouvoir basculer d'une place assignée vers une place idéalisée dans la perspective d'investir une place engagée. Afin de faciliter cette transformation, le jeune est invité à investir les phénomènes transitionnels. Non sans rappeler les travaux de Winnicott, la « transitionnalité » recouvre les espaces de créativité des paradoxes, puissant facteur d'appropriation et de symbolisation des expériences vécues [3]. Dans ses relations, son rapport aux autres et au monde, tout adolescent engage l'abandon d'une certaine individualité par l'invitation à intégrer le groupe des pairs, non sans connaître l'angoisse suscitée par les mécanismes d'incorporation et d'in-séparation [13]. Par ailleurs, soulignons que des défenses psychiques *sui generis* comme les projections persécutives, les identifications adhésives, les mises en acte, convoquent des figures issues de l'histoire du jeune, en détournant les enjeux liés à l'ambivalence.

Loin d'être exhaustifs, évoquons encore quelques éléments à propos de l'identité. Cette notion peut être comprise comme un état de permanence constitué de repères fixes qui donnent un sentiment d'unité et de cohésion de la personnalité. Pour Gallard, l'identité, en lien avec le concept de continuité, renvoie au sentiment et à la sensation d'être soi [7]. Elle traduit « une expérience intérieure, vécue, ressentie plus ou moins intensément selon les personnes, les moments, et les événements de la vie qui se présentent. Elle s'introjecte et le sujet devenu adulte qui rentre en relation avec une personne qui l'intéresse anime en lui-même les relations primaires inconscientes avec ses objets intériorisés de la petite enfance » (Gallard, 2010, p 41) [7]. S'appuyant sur l'approche théorique d'Erikson, Lannegrand-Willems estime que « résultant

d'un processus de questionnements, l'identité "réalisée" correspond à un engagement flexible mais durable dans les domaines vocationnel et professionnel, qui contribue à l'intégration de l'individu dans la société, permettant un sentiment de bien-être et de confiance à un niveau individuel » (Lannegrand-Willems, 2012, p. 315) [11].

Quant à la dissociation, une compréhension développementale met l'accent sur la perturbation dans l'intégration de la mémoire adaptative, le sens de l'identité et l'autorégulation de l'émotion. Selon Siegel, cette intégration se résume sous forme d'une question : comment l'esprit crée un auto-assemblage cohérent d'informations et de flux d'énergie à travers le temps et le contexte ? [24]. Le développement d'un Soi intégré est à comprendre comme un processus continu par lequel l'esprit établit des connexions de plus en plus organisées autorisant une action adaptée. Les enfants et les adolescents peuvent présenter une variété de symptômes dissociatifs qui reflètent un manque de cohérence dans l'auto-assemblage de leur fonctionnement mental : ainsi, l'attention flottante, les « black-out », l'oubli autobiographique, les fluctuations dans l'accès au savoir peuvent refléter l'incohérence dans les processus de mémoire ou des difficultés dans l'autorégulation. Ceci étant, il est admis que les symptômes dissociatifs peuvent être corrélés avec des histoires traumatiques telles que les maltraitances et les abus sexuels [17,26,29].

Selon la définition conceptuelle qu'on lui prête, le terme de dissociation est repris pour décrire une variété de processus de l'esprit humain, tantôt au sens le plus large, tantôt avec un sens plus restreint et orienté par la psychopathologie. De manière générale, tout individu a une propension à expérimenter des manifestations dissociatives relativement tolérables voire utiles. Nous faisons ici référence à des dispositions naturelles d'attention focalisée, d'absorption, ou sous-tendues par une capacité d'auto-hypnose. La dissociation inclurait ainsi l'aptitude innée et naturelle, reposant entre autres sur des comportements automatiques, à expérimenter une altération de notre propre conscience. Ainsi, la dissociation n'est pas toujours symptomatique comme elle n'est pas forcément pathologique. On parlera de « dissociation quotidienne » pour décrire ces manifestations. Par ailleurs, une conceptualisation psychodynamique considère la dissociation comme mécanisme défensif face à un traumatisme aigu ou en réponse à une souffrance en lien avec des expériences éprouvantes ou des conflits intolérables [28]. La dissociation recouvre ainsi la potentialité de se protéger d'une situation perçue comme menaçante, en se « détachant » de son vécu intégratif de conscience. Nous constatons un caractère adaptatif de la dissociation en contextes de dangers aigus ou chroniques, dans l'intention de préserver l'individu. « Néanmoins, si une expérience dissociative peut s'enclencher comme moyen de défense face à une situation potentiellement traumatique et s'avérer protecteur, celle-ci peut perdurer au-delà du danger ou de l'événement menaçant. Il peut également advenir sans raison apparente, conduisant à une désorganisation de l'individu alors sévèrement perturbé. C'est dans ce contexte qu'il y a lieu de parler d'une dissociation dite "pathologique", à distinguer donc de la "dissociation quotidienne". Sous couvert d'une dimension adaptative, l'être humain disposant de patterns d'actions employés à absorber les effets d'un danger et préserver l'individu d'affects pénibles ou insoutenables, la dissociation peut s'avérer incongrue, inadaptée et se développer sur un mode psychopathologique » (Dermesropian, Goffinet, de Becker, 2018, p. 116) [4].

3. Cas clinique

Nous nous appuyons, pour illustrer notre propos, sur une situation d'un jeune admis dans notre centre de thérapie

institutionnelle situé au sein d'un hôpital général. La structure accueille, pour des durées de six à neuf mois, des jeunes âgés entre quatorze et vingt ans. Comme nous l'avons développé par ailleurs, ceux-ci sont habituellement orientés dans la suite de suivis thérapeutiques ambulatoires et/ou résidentiels, après avoir connu des moments de crise ou de décompensation [3]. L'évaluation alors réalisée conforte la perspective d'un séjour de moyenne durée dans un centre psychothérapeutique avant d'envisager une éventuelle réintégration dans la vie et les activités quotidiennes. Une procédure d'admission confirme l'intérêt et l'adhésion du jeune et de son entourage au projet. Nous accueillons ainsi Pierre, âgé de dix-huit ans et un mois, orienté par le centre de jour qu'il fréquente depuis plusieurs mois. Il est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants originaires d'Afrique Centrale. La sœur aînée vient d'accoucher d'un garçon. Les parents et les trois derniers enfants vivent ensemble, le père étant récemment pensionné et la mère femme au foyer. Soulignons que la religion occupe une place prégnante au sein de la famille.

Par un rapport d'hospitalisation et à l'anamnèse, nous apprenons que Pierre a été hospitalisé une première fois à l'âge de quinze ans dans une clinique psychiatrique, durant deux mois, suite à un passage aux urgences. Pierre présentait alors des propos incohérents, des angoisses massives et des idéations suicidaires. Ce tableau est survenu brutalement dans le décours d'une narration d'expérience de mort puis de retour à la vie dans le cadre d'une célébration du mouvement religieux auquel appartient la famille. À l'hôpital, à côté de ruminations anxieuses, persuadé d'être atteint d'un dysfonctionnement cérébral, le jeune demande avec insistance des investigations neurologiques et radiologiques. Celles-ci exclurent toute anomalie. Pierre a un bon état général, veillant à son heure quotidienne de sport (boxe, course à pied...). Une difficulté mise à l'avant-plan par le père concerne les apprentissages, problème présent depuis l'âge de ses douze ans. Un bilan neuropsychologique a montré une intelligence au-dessus de la moyenne, une absence de troubles instrumentaux et de la concentration. Divers troubles psycho-affectifs et de socialisation ont, semble-t-il, compromis le cursus de Pierre, l'amenant à recommencer deux années et à changer trois fois d'établissement scolaire.

L'évolution clinique du jeune patient au cours de cette première hospitalisation est compliquée. Sur une même journée, Pierre peut osciller entre des moments de grande rigidité musculaire et de tension interne à d'autres marqués par des relâchements et de déséquilibre total. Des tentatives médicamenteuses à base d'un anxiolytique, le lorazépam (2,5 mg), et d'un neuroleptique, l'olanzapine (5 mg), sont soldées par des échecs ; le jeune quittera d'ailleurs l'hôpital sans médication psychotrope. Précisons que tant Pierre que ses parents ne sont guère favorables à l'approche psychopharmacologique. Père et mère confient leur hypothèse d'un processus de possession sans pour autant en comprendre l'origine. Au-delà d'un contact cordial, d'une cohérence dans les propos, Pierre demeure discret sur des questions personnelles. La synthèse de cette première hospitalisation retient l'hypothèse d'un trouble conversif entretenu par une non-concordance entre les finalités individuelles et familiales prenant place dans un système rigide.

Trois semaines après la sortie, Pierre est admis aux urgences dans un état catatonique. Il sera à nouveau hospitalisé pour une durée de six mois. À domicile, l'adolescent ne mangeait et ne buvait plus, était devenu incontinent, bougeant à peine les membres supérieurs. Inquiets, les parents ne comprennent pas ce qui se passe pour leur fils, éprouvent des difficultés à entrer en contact avec lui, sans que celui-ci adopte de réelles manifestations d'opposition. Ils remarquent une recrudescence des angoisses et des idéations suicidaires. Les investigations médicales réalisées au début de cette deuxième hospitalisation montrent à l'EEG un tracé

hypovolté, sans autre anomalie. Les scan et IRM cérébraux sont sans particularité. La ponction lombaire et le bilan métabolique général se révèlent normaux. La recherche de toxiques est négative. Seul, l'avis neurologique met en évidence l'absence de réflexe ostéo-tendineux avec présence d'un réflexe cutané plantaire normal. Aucun diagnostic neurologique ne peut toutefois être posé. Diverses hypothèses sont alors évoquées, telles un « mutisme akinétique », une « conversion hystérique » ou encore un « *locked-in syndrome* ». . . Les entretiens individuels et de famille tentent d'appréhender les aspects étiopathogéniques. L'hétéro-anamnèse fait état d'une grossesse sereine, d'un accouchement aisé, d'une période d'allaitement de deux ans, d'un développement psychomoteur des premières années rassurant. Il n'y a pas d'élément particulier dans les antécédents familiaux, l'ensemble des membres de la famille étant en bonnes santé physique et mentale. Les parents disent avoir vu un changement de l'humeur chez Pierre vers l'âge de dix ans lors du retour d'un premier voyage avec son père en Afrique, le jeune étant né en Europe. Ils ont commencé à s'inquiéter il y a trois ans lorsqu'il a adopté un comportement étrange après avoir vu sur Internet le témoignage d'une femme qui expliquait une expérience de mort imminente. Il a manifesté des attaques de panique à tel point qu'il a dû être emmené aux urgences ; le contact ponctuel n'a pas enclenché un suivi pédopsychiatrique.

Lors des premières semaines d'hospitalisation, Pierre maintient son état catatonique, les yeux, habituellement fermés, ne réagissent guère à la douleur. Ayant besoin d'aide pour s'alimenter, il présente de l'incontinence urinaire et fécale. Il fait des apnées de quelques secondes, sa saturation en oxygène remontant sitôt qu'il est mobilisé. Un traitement à base de deux antidépresseurs, l'escitalopram (20 mg) et la trazodone (100 mg) est alors instauré. Petit à petit, Pierre commence à raconter son histoire, impatient à s'extérioriser. Il montre une belle perspicacité et une compréhension de ses difficultés. Il veille à s'exprimer dans un langage clair, choisissant avec précision chaque mot. Pierre attribue son état aux échecs scolaires répétés tout en déplorant l'exigence de son père universitaire, père n'acceptant pas sa passion pour le sport au détriment des études. Au fil des rencontres individuelles, Pierre explique combien, soumis à la pression parentale, toute son existence tourne autour de ses résultats scolaires. Il décrit le contexte de culpabilisation et de maltraitance physique et psychologique de la part de ses parents. Il dit aussi combien il a peu confiance en ses capacités et avoir perçu son ralentissement psychomoteur. Ceci étant, il estime avoir pu tenir aussi longtemps grâce à son idéal centré sur les activités physiques, idéal non partagé et non verbalisé. À la fin de l'hospitalisation, le diagnostic de dépression sévère est retenu avec retour à domicile, intégration dans une structure spécialisée soutenant la réinsertion scolaire progressive et suivi pédopsychiatrique individuel.

Après trois mois, Pierre est de nouveau admis aux urgences pour décompensation psychique. À côté d'angoisses massives, il présente de l'auto- et de l'hétéro-agressivité envers les objets, voire les animaux, ainsi qu'une dépendance pour manger, s'habiller ou se laver. L'adolescent connaît une perturbation grave du sommeil avec inversion du cycle nyctéméral. Une hospitalisation dans une troisième structure est alors décidée ; Pierre y restera neuf mois. À l'admission, il présente un discours murmuré, à peine audible et très pauvre. Le jeune montre un ralentissement psychomoteur, des tremblements et du barrage. On note également de l'interprétabilité et des plaintes hypocondriaques. Un délire ne semble pas exclu. Au début de l'hospitalisation, Pierre paraît envahi d'angoisses massives et tout changement est difficilement gérable. Il dit entendre des voix et rapporter des hallucinations visuelles. Un traitement à base d'un neuroleptique, la palipéridone (9 mg), est instauré. Au cours du séjour, malgré une légère amélioration thymique et une diminution des symptômes présents à l'admis-

sion, le repli sur soi, l'isolement et l'apathie sont toujours observés. Après deux mois d'hospitalisation, la palipéridone est remplacée par de l'aripiprazole (30 mg). Une évolution positive se remarque progressivement. Cependant, Pierre se plaint d'idées noires et de vellétés d'auto-agression. En entretiens individuels, le passé traumatique est toujours mis à l'avant-plan. Les entretiens avec la famille mettent en évidence des parents fatigués, démunis, impuissants. Est évoquée une possible possession de leur fils. Père et mère déclinent toutefois les invitations à relater les transactions interactionnelles familiales. Après six mois, comme l'évolution de Pierre stagne, un antidépresseur, la venlafaxine (150 mg), ainsi qu'un anxiolytique, le prazépam (50 mg), sont introduits. Au cours des mois d'hospitalisation, Pierre montre, selon les interlocuteurs, les moments de la journée et les contextes, différentes facettes de sa personnalité.

Dans le rapport de sortie, les cliniciens font l'hypothèse d'un PTSD (*post-traumatic stress disorder*) en lien avec des éléments familiaux, sans écarter une « possible entrée en psychose ». À la fin du séjour, comme Pierre redoute d'être confronté au milieu scolaire classique, se sentant en sécurité dans le cadre d'un lieu institutionnel, une orientation vers un centre de jour pour adolescents est pensée, en accord avec l'entourage familial.

Pierre fréquente cette structure pendant cinq mois tout en bénéficiant d'une prise en charge psychothérapeutique et pédopsychiatrique. Vu l'amélioration de son état psychique et des relations aux pairs, la médication psychotrope est progressivement arrêtée. Toutefois, Pierre ne peut encore réintégrer un projet scolaire, et comme la dynamique familiale centrée sur lui demeure conflictuelle, l'admission dans notre centre est alors envisagée. Une journée d'essai confirme son intérêt de séjourner dans ce cadre résidentiel avec, comme objectifs personnels, la consolidation de la confiance en soi, l'amélioration des liens familiaux, l'élaboration de projets concrets de vie (par exemple un appartement supervisé). Pierre restera huit semaines au centre thérapeutique pour adolescents.

Au cours de son séjour, Pierre développe successivement différentes manières d'être. Dans un premier temps, il se montre réservé, timide, s'adressant poliment, presque avec gêne aux autres. Discret, il suit le mouvement, observe, respecte le fonctionnement et le cadre de l'institution. Lors des entretiens individuels, que ce soit avec les éducateurs ou les psychologues, il évoque les raisons de son séjour, ses appréhensions et ses projets. Le discours est clair, cohérent, structuré. L'intelligence est vive et il aime visiblement dialoguer avec l'adulte. Il parle sans réticence de son parcours, des difficultés vécues en famille. Ces rencontres sont enrichies par des entretiens familiaux impliquant aussi bien les parents que la fratrie. Père et mère se disent confiants dans la structure que nous proposons à leur fils et paraissent apaisés de constater combien Pierre « s'installe » dans la thérapie institutionnelle du centre, scandée par des retours en week-end plus paisibles qu'auparavant. Nous regretterons néanmoins l'impossibilité d'évoquer les interactions perçues comme maltraitantes dans la dynamique familiale ; le père interrompra toute tentative d'ouverture sur la thématique. . .

Mais, après trois semaines, le comportement de l'adolescent se modifie drastiquement. Abattu, triste, le visage tiré, replié sur lui-même, Pierre exprime une agressivité retournée sur lui-même. Il énonce sa culpabilité, estimant ne rien valoir et croyant qu'il n'a pas d'autre option que de se donner la mort. Il pense avoir raté sa vie et n'envisage aucun avenir constructif. Lors des rencontres avec ses parents, Pierre est prostré, les yeux rivés sur le sol, ne manifestant aucune réactivité aux sollicitations parentales. Avec sa fratrie, le jeune adopte le même comportement, ne paraissant guère affecté par les sollicitudes à son égard. Il ne répond pas aux questions, ses gestes sont ralentis et sa seule déclaration se résume en : « Laissez-moi mourir, je ne veux rien. » Un traitement à base

d'antidépresseur, la duloxétine (60 mg), est alors mis en place en accord avec le psychiatre traitant. Perplexes par rapport à la psychopharmacologie, les parents entreprennent des démarches parallèles centrées sur l'exorcisme. De notre côté, Pierre accepte de poursuivre les entretiens tout en conservant une tension interne et évitant soigneusement les regards. Cet état de prostration, rappelant l'épisode prodromique à la phase catatonique antérieure, durera trois semaines avant de laisser la place à la troisième manière d'être dont nous avons été témoins.

Suite à une banale (à nos yeux !) altercation avec un autre adolescent, Pierre quitte subitement les lieux, disparaissant pendant plusieurs heures avant de réapparaître dans une modalité surprenante. Il se montre dans l'opposition, n'hésite pas à agresser d'abord verbalement puis physiquement les autres jeunes, à refuser les activités proposées, à adopter des comportements provocateurs. Lors des rencontres, il ne donne aucune explication sur ces changements d'attitudes. Les entretiens difficiles sont marqués par une grande méfiance, le corps est raide, la parole saccadée, le regard fuyant. Pierre est clairement traversé et par l'angoisse et par l'agressivité. Son discours est teinté d'interprétations, d'idées paranoïaques. Il se sent épié, pensant que nous l'observons tel un cobaye pour des études ou de la recherche. Puis, à un moment, suite à une simple consigne, il tente d'étrangler la chef éducatrice. Devant cette escalade, nous décidons une interruption de séjour de dix jours, orientant le jeune vers un lieu résidentiel avec lequel la collaboration est régulière. Au terme de ce « *time out* », nous revoyons Pierre avec ses parents et son psychiatre traitant pour envisager la suite. Il marque avec force son refus de poursuivre son séjour dans le centre, s'emportant verbalement, invectivant sans retenue professionnels et parents avant de quitter violemment le centre. Désarmés, père et mère se tournent vers nous pour demander une mesure d'aide, de soins et de protection. Une procédure de mise en observation est alors lancée, Pierre se retrouvant pendant deux mois en structure de soins fermée. Nous aurons l'occasion de le revoir dans l'après-coup avec son psychiatre traitant ainsi que les membres de la famille. Posé, calme, Pierre adoptera une attitude générale rappelant sa manière d'être dépressive. Il rejoindra l'idée d'une hospitalisation de longue durée dans une structure destinée aux adultes. Quant aux parents ayant abandonné l'idée de la possession, ils intégreront la nécessité d'une probable institutionnalisation à terme pour leur fils...

4. Discussion

Nous connaissons tous des moments de dissociation ou d'état de conscience modifiée ; l'expression « être dans la lune » traduit ce type d'expériences courantes. Il nous arrive aussi de nous laisser porter par des conduites automatiques, lorsque nous reproduisons des actes habituels alors que notre pensée est ailleurs. Il s'agit là d'états dissociatifs sans connotation pathologique. Évoquer la notion de trouble dissociatif de l'identité à l'adolescence demande de la nuance tant diverses questions se posent, entre autres sur la pertinence de la juxtaposition d'un trouble complexe fluctuant à une tranche d'âge marquée par la transition [23]. En d'autres termes, est-il adéquat de parler de dissociation de l'identité ou de personnalité multiple à cette période spécifique de l'existence ? Soulignons également que ce diagnostic est sujet à controverses autant par l'absence de consensus sur des définitions comme celle de personnalité ou d'identité que par le fait que certaines cultures prennent en compte l'éventualité de la possession pour expliquer ces tableaux sans référence à la pathologie.

Parcourons succinctement cette entité décrite historiquement sous l'appellation par exemple de « dédoublement de personnalité » ou de « double conscience » [5]. Selon le DSM-5,

le trouble dissociatif de l'identité répond à différents critères dont le premier concerne la perturbation identitaire caractérisée par plusieurs états de personnalité distincts. Cliniquement, on observe d'abord une discontinuité dans l'intégration de la conscience, du sens de soi. Les registres des affects et du fonctionnement sensorimoteur (perception, représentation du corps) sont également concernés. On relève ensuite des perturbations de l'agentivité (contrôle moteur, comportements). Dans certains cas, des crises convulsives non épileptogènes et d'autres manifestations convulsives peuvent être au premier plan de ces tableaux cliniques complexes. Le trouble dissociatif de l'identité se remarque aussi par des défaillances de la mémoire (amnésie dissociative) concernant le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles, qui ne correspondent pas à des oublis ordinaires. S'ensuivent alors des signes d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres volets relationnels [8].

Sur le plan personnel, le symptôme dissociatif est ressenti telle une intrusion dans la conscience accompagnée d'une perte de continuité de l'expérience subjective. L'individu fait état d'expériences de fragmentation de l'identité, de dépersonnalisation ou encore de déréalisation. La distinction entre ce trouble et la schizophrénie n'est guère aisée, d'autant que le sujet dissocié n'est pas en contact entier avec sa pensée ou ses émotions vu son état de conscience modifiée. On ne peut pas d'emblée exclure un état hallucinatoire. Habituellement, les personnes présentant un trouble dissociatif de l'identité ne donnent pas d'explications délirantes aux phénomènes qu'elles vivent. Dissociation et psychose sont loin d'être des concepts totalement indépendants.

Ceci étant, l'expérience de dissociation se retrouve dans d'autres tableaux symptomatiques tels le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique [10,18]. Notons encore, en termes de comorbidité, l'association fréquente de troubles anxieux, de dépression, de comportements auto-agressifs et de conduites addictives [30]. Par ailleurs, la pression psychosociale et familiale prolongée provoque une aggravation des symptômes dissociatifs [31].

4.1. Qu'en est-il des aspects étiopathogéniques ?

Il est admis que l'exposition à de la violence, à des sévices sexuels durant l'enfance conduit à adopter des états dissociatifs pour survivre. On a pu rencontrer un phénomène similaire chez les soldats ayant combattu dans des situations extrêmes ou ayant vécu des scènes insoutenables. La dissociation constitue alors un mécanisme protecteur permettant à la personne de résister à ce qui est insupportable, indicible, irréprésentable [14]. En optant pour un autre état (un autre monde), la victime se protège, l'événement traumatique n'étant pas intégré dans la mémoire de la même manière que les autres événements [19]. Si des cliniciens attribuent au trouble dissociatif de l'identité une étiologie traumatique, amenant l'esprit à se diviser en plusieurs identités, chacune avec un ensemble de souvenirs distincts, d'autres considèrent que les symptômes sont principalement induits par des pratiques psychothérapeutiques telles que l'hypnose [27]. Dans cette deuxième lecture, une personne atteinte du trouble dissociatif de l'identité serait par nature susceptible d'être manipulée, suggestionnée. Des auteurs comme Piper et Merckey ne retiennent pas l'origine traumatique dans les antécédents du trouble dissociatif de l'identité, estimant que la corrélation n'équivaut pas à un lien de causalité [21,22]. Dès lors, les symptômes dissociatifs et les personnalités multiples constitueraient des créations des thérapies et des thérapeutes. Ces troubles apparaîtraient essentiellement quand une personne fragile, en demande d'aide et d'attention, rencontre un professionnel dont la manière d'être est suggestive. Par ailleurs, il semble que les personnes à la vie imaginaire féconde soient par essence suggestibles et particulièrement sensibles aux

interventions psychothérapeutiques [6]. On observe aussi que les troubles du sommeil constituent un facteur contribuant à la vulnérabilité de certaines personnes. On peut établir un lien entre traumatisme et dissociation, étant donné que les événements traumatiques entraînent régulièrement une perturbation du sommeil. Soulignons également que des nuits de mauvaise qualité altèrent la mémoire et augmentent la suggestibilité, rendant l'individu beaucoup plus sensible aux interventions thérapeutiques suggestives.

4.2. Que penser de cette entité à l'adolescence ?

Par définition, l'adolescence marque le temps de profonds remaniements susceptibles d'induire des expériences de dépersonnalisation, de déréalisation dans la quête de soi, de son identité. Cette période de l'existence est aussi empreinte de fragilité amplifiée par l'étrangeté, l'inquiétude, ainsi que de suggestibilité souvent peu admise par le sujet lui-même. Par ailleurs, les cliniciens savent combien le parcours de vie de nombreux patients est émaillé par des événements traumatiques vécus durant l'enfance, tels que les maltraitances. Enfin, l'adolescence est la période où les pathologies psychiatriques de l'âge adulte commencent à apparaître et à causer une morbidité importante. La moitié de tous les cas de pathologie psychiatrique débutent vers quatorze ans et les trois quarts des cas avant vingt-quatre ans [20].

Se référant entre autres aux travaux de Winnicott, des auteurs comme Marcelli, Braconnier et Tandonnet rappellent combien il est délicat de statuer sur le normal et le pathologique à l'adolescence : « Plus précisément, pour Winnicott, les dimensions en développement constituent les principales lignes de vulnérabilité à cet âge : il y a un lien entre les manifestations de l'adolescent normal et les divers types de personnes malades : le besoin d'éviter toute solution fautive correspond à l'inaptitude du psychotique au compromis ; le besoin de se sentir réel ou de ne rien sentir du tout est lié à la dépression psychotique avec dépersonnalisation ; le besoin de provoquer correspond à la tendance antisociale qui se manifeste dans la délinquance » [15, p. 166]. Étant par essence une interruption dans la tranquillité de la croissance, l'adolescence est caractérisée par des positions conflictuelles économiques et dynamiques extrêmes, changeantes, fluctuantes qui donnent à cette période de la vie son aspect de tumulte et de crise sans pour autant pouvoir parler de perturbations psychiques franches. Le diagnostic différentiel entre les bouleversements de l'adolescence et la vraie pathologie s'avère une tâche ardue [15].

En conséquence, il nous semble important d'être attentifs aux portées diachronique et synchronique de ce que déploie le jeune en question. Pour ce faire, nous préconisons des entretiens cliniques répétés avec le patient et son entourage à côté d'anamnèses rigoureuses. Le temps constitue un élément non négligeable, le temps de l'observation et de la rencontre. Évitions la précipitation sans pour autant adopter une attitude de fatalisme ou de laxisme en rappelant, à la suite de Winnicott, qu'un remède essentiel à l'adolescence consiste dans le temps qui passe et les processus de maturation graduels qui aboutissent à l'apparition de la personne adulte [32]. Quoi qu'il en soit, accompagner un trouble dissociatif de l'identité, avéré ou suspecté, comprend la mobilisation d'une enveloppe partenariale impliquant des structures institutionnelles expérimentées ouvertes à la flexibilité clinique nécessaire permettant un ajustement thérapeutique continu [25].

5. Conclusion

Tout adolescent est susceptible de connaître des dissociations de son identité, qu'elles soient pathologiques ou non. Nous

soutenons aussi le fait qu'une suspension de diagnostic peut être pertinente et utile. Mais, s'il apparaît, plus l'individu est jeune, plus le trouble dissociatif de l'identité se traduira par des chevauchements, des interférences entre les différents états avec des symptômes en rapport avec les discontinuités de l'expérience. Les changements brutaux de l'identité, se manifestant par exemple sous la forme d'un trouble de l'humeur ou d'une paranoïa, peuvent être lus comme premier stade d'une décompensation psychique, en lien ou non avec une situation traumatique. Ceci étant, la fragmentation de l'identité varie selon les cultures et les sociétés ainsi que les circonstances de vie [9]. Il n'est pas improbable que les mouvements sociétaux actuels, l'insécurité dans les liens, constituent le lit de perturbations graves de l'identité à l'adolescence. Nous nous inscrivons dès lors dans les propos de Corcos et Lamas lorsqu'ils soulignent, dans le cadre des fonctionnements limites, « [...] la société imprimerait moins ses limitations, ses valeurs et ses préjugés, ce qui favoriserait l'expansion de ces nouvelles "pathologies de la liberté", au sens d'une liberté mal contenue, sans orientation et sans but, parfois hors sens, ouvrant la voie au désordre et à la contingence. Toute révolte peut être saine, si elle ne manque pas son but... si elle le rate, elle entre dans la spirale du négatif » [Corcos et Lamas, 2016, p. 15] [2]. En conséquence, rencontrons l'adolescent dans ce qu'il tente d'énoncer à travers ses dissociations.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bertrand M. Corps et psyché chez Ferenczi. *Rev Fr Psychosom* 2012;(42):63-71.
- [2] Corcos M, Lamas C. Fonctionnements limites à l'adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *Inf Psychiatr* 2016;92:15-22.
- [3] de Becker E. Le processus d'admission dans un centre thérapeutique pour adolescents comme temps de créativité et de (re)mobilisation psychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2018;66:122-8.
- [4] Dermesropian A, Goffinet S, de Becker E. La dissociation : conceptualisation, intérêt d'une intrication avec la scarification et protocole d'intervention. *Psychol Clin* 2018;45:115-33.
- [5] Ellenberger HF. Histoire de l'inconscient. Paris: Fayard; 2001.
- [6] Fareng M, Plagnol A. Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *PSN* 2014;12:29-46.
- [7] Gallard M. L'identité incertaine. *Cahiers Jungiens de psychanalyse* 2010;2;(132):39-50.
- [8] Karpel M, Jerram M. Levels of dissociation and nonsuicidal self-injury: a quartile risk model. *J Trauma Dissociation* 2015;(16):303-21.
- [9] Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *Evol Psychiatr* 2009;(74):487-96.
- [10] Kédia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillet I, Brown D. Dissociation et mémoire traumatique. Paris: Dunod; 2012.
- [11] Lannegrand-Willems L. Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels ? *Enfance* 2012;3;(3):313-27.
- [12] Le Breton D. Disparaître de soi. Une tentation contemporaine. Paris: Métailié; 2015.
- [13] Le Breton D. Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et processus initiatique. *Rev Fr Psychosom* 2010;2(38):85-95.
- [14] Lüdtkje J, In-Albon T, Michel C, Schmid M. Predictors for DSM-5 non suicidal self-injury in female adolescent inpatients: the role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatr Res* 2016;(239):346-52.
- [15] Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2018.
- [16] Matot JP. L'enjeu adolescent : Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi. Paris: PUF « Le Fil rouge »; 2012.
- [17] Matsumoto T, Yamaguchi A, Takeshi A, Okada T, Yoshikawa K, Hirayasu Y. Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005;(59):319-26.
- [18] Mouhica A. Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique: revue de la littérature et illustration dans une situation spécifique, les populations migrantes. Université de Bordeaux U.F.R. des Sciences Médicales. Année 2017. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine, Bordeaux.
- [19] Noll JG, Shenk CE, Yeh MT, Ji J, Putnam FW, Trickett PK. Receptive language ability and educational attainment across development for sexually abused females. *Pediatrics* 2010;126:615-22.

- [20] Paillère Martinot ML. Recherche en neuroimagerie et adolescence. *Adolescence* 2009;69:733–44.
- [21] Piper A, Merckey H. The persistence of folly: a critical examination of dissociative identity disorder Part I. The excesses of an improbable concept. *Can J Psychiatry* 2004;49:592–600.
- [22] Piper A, Merckey H. The persistence of folly: critical examination of dissociative identity disorder Part II. The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Can J Psychiatry* 2004;49:678–83.
- [23] Putnam F, Carlson E, Ross C, Anderson G, Clark P, Torem M, Braun B. Patterns of dissociation in clinical and non-clinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996;(184): 673–9.
- [24] Siegel DJ. *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press; 1999.
- [25] Smith J. *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod; 2016.
- [26] Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, Protani M. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl* 2012;36: 572–84.
- [27] Thigpen CH, Cleckley HM. *A Case Study of Multiple Personality*. Pennsylvania: Pennsylvania State University, Psychological Cinema Registry, University Park, PA; 1954.
- [28] Tolmunen T, Honkalampi K, Hintikka J, Rissanen M, Maaranen P, Kylma J, Laukkanen E. Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena. *Psychiatry Res* 2010;(176):40–4.
- [29] Trickett PK, Noll JG, Susman EJ, Shenk CE, Putnam FW. Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Dev Psychopathol* 2010;22:165–75.
- [30] Vanderlinden J, Vandereycken W. *Traumatismes et troubles du comportement alimentaire : guide diagnostique et thérapeutique*. Paris: Edition Broché; 2009.
- [31] Vandevoorde J, Le Borgne P. Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature. *Evol Psychiatr* 2015;(80):187–208.
- [32] Winnicott DW. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris: Payot « Petite Bibliothèque Payot »; 2004.
- [33] Zetterqvist M, Lundh L-G, Svedin C. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship *Child Adolesc. Psychiatr Ment Health* 2014;(8):23.