

Troubles dissociatifs et troubles affectifs

Dissociative disorders and affective disorders

J. Montant^{a*}, M. Adida^a, R. Belzeaux^a, M. Cermolacce^a, D. Pringuey^b,
D. Da Fonseca^c, J.-M. Azorin^a

^aSHU Psychiatrie adultes, Solaris, Hôpital Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 9, France

^bFaculté de Médecine de Nice - UNSA - 28 avenue de Vallombrose, 06107 Nice, France

^cService de Psychiatrie de l'adolescent, Hôpital Salvator, 13009 Marseille, France

MOTS CLÉS

Troubles dissociatifs ;
Troubles affectifs ;
Troubles bipolaires

Résumé La clinique des troubles dissociatifs est complexe et parfois déroutante. Nous décrivons ici deux cas cliniques dont le diagnostic initial était trompeur ; le premier de ces cas concernait une femme de 61 ans, présentant une fugue dissociative, associée finalement à un épisode dépressif majeur sévère. Le second cas présenté ici concerne un homme de 55 ans souffrant de troubles bipolaires de type I et polyvasculaire, adressé pour fugue dissociative dans un contexte de déstabilisation de son humeur et dont le trouble du comportement traduisait en fait un accident vasculaire cérébral. Partant du constat que les troubles dissociatifs comme co-morbidité des troubles affectifs sont méconnus, nous avons réalisé une revue de la littérature à ce sujet. Les troubles dissociatifs sont souvent étudiés à travers le prisme du psycho-traumatisme, comme en témoigne la richesse de la littérature à ce sujet. En revanche les troubles dissociatifs associés aux troubles affectifs ont fait l'objet d'un nombre limité de travaux. Les résultats des études retrouvées sont cependant concordants : il existe une association significative entre symptômes dissociatifs et troubles bipolaires. Cette association serait de plus caractéristique d'un sous type de troubles bipolaires, associant trouble panique et déréalisation-dépersonnalisation, à début précoce. Par ailleurs les individus souffrant de trouble unipolaire, ayant présenté des symptômes dissociatifs, sont également plus sujets au tempérament affectif cyclothymique. Malgré les limites de ces études (cohortes peu importantes, outils d'évaluation peu rigoureux) le lien entre troubles bipolaires et troubles affectifs semble correspondre à une réalité clinique encore peu connue et devrait faire l'objet de travaux complémentaires.

© L'Encéphale, Paris, 2014. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julie.montant@ap-hm.fr (J. Montant).

KEYWORDS

Dissociative disorders ;
Affective disorders ;
Bipolar disorders

Summary The phenomenology of dissociative disorders may be complex and sometimes confusing. We describe here two cases who were initially misdiagnosed. The first case concerned a 61 year-old woman, who was initially diagnosed as an isolated dissociative fugue and was actually suffering from severe major depressive episode. The second case concerned a 55 year-old man, who was suffering from type I bipolar disorder and polyvascular disease, and was initially diagnosed as dissociative fugue in a mood-stabilization context, while it was finally a stroke. Yet dissociative disorders as affective disorder comorbidity are relatively unknown. We made a review on this topic. Dissociative disorders are often studied through psycho-trauma issues. Litterature is rare on affective illness comorbid with dissociative disorders, but highlight the link between bipolar and dissociative disorders. The later comorbidity often refers to an early onset subtype with also comorbid panic and depersonalization-derealization disorder. Besides, unipolar patients suffering from dissociative symptoms have more often cyclothymic affective temperament. Despite the limits of such studies dissociative symptoms-BD association seems to correspond to a clinical reality and further works on this topic may be warranted. © L'Encéphale, Paris, 2014. All rights reserved.

Les troubles dissociatifs sont définis par « une interruption et/ou une discontinuité dans l'intégration de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, des perceptions, des représentations corporelles, de la motricité et du comportement » [1]. Le DSM 5 les classe en cinq syndromes : l'amnésie dissociative (dont la fugue dissociative constitue un sous-type), le trouble dissociatif de l'identité, le trouble dépersonnalisation-déréalisation (auparavant distincts), les autres troubles dissociatifs spécifiés (symptômes dissociatifs entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative mais ne remplissant pas les critères d'un des troubles précédents, et pour lesquels le clinicien souhaite spécifier la raison pour laquelle surviennent ces symptômes ; exemple : transe dissociative) et les autres troubles dissociatifs non spécifiés (symptômes dissociatifs entraînant un dysfonctionnement ou une souffrance cliniquement significative mais ne remplissant pas les critères d'un des troubles précédents). La littérature consacrée aux troubles dissociatifs est dense et ceux-ci sont le plus souvent étudiés à travers le prisme du traumatisme. Dans l'introduction du chapitre qui leur est consacré dans le DSM 5, le lien entre troubles dissociatifs et traumatisme est souligné. Il y est également rappelé que, ces deux entités, bien que proches, sont distinctes. Ainsi, les troubles dissociatifs sont parfois co-morbides des troubles de l'humeur, donnant lieu à des tableaux cliniques complexes et parfois déroutants. L'objet de ce travail est de faire état des connaissances actuelles sur les liens entre troubles de l'humeur et troubles dissociatifs. Nous partirons de la description de deux cas cliniques de fugue dissociative survenues dans des contextes très différents, puis nous ferons une revue de la littérature actuelle portant sur ce sujet.

Cas clinique 1

Mme F. est adressée aux urgences psychiatriques de Marseille par les urgences de Narbonne, où elle a été retrouvée errant dans la rue et ne sachant plus qui elle est.

Des informations concernant son identité sont retrouvées sur sa carte de mutuelle : elle a 61 ans, vit à Marseille, et travaille comme ophtalmologue dans un cabinet libéral.

Elle se souvient de deux éléments biographiques : elle est divorcée et a deux enfants mais dit avoir peu de liens avec eux. Elle ne se souvient pas où elle habite et avec qui, ni de son métier, elle ne se souvient pas être allée à Narbonne ni comment et ne peut dire pourquoi. Elle se souvient de tout à partir du moment où elle a été prise en charge à l'hôpital de Narbonne.

À l'entretien psychiatrique d'entrée, on retrouve les éléments suivants : son discours est organisé mais les réponses sont laconiques et évasives. Elle est assez détachée et indifférente à sa situation. Il n'y a pas d'anxiété ni d'angoisse. Son comportement est calme et organisé. Elle est orientée dans le temps et l'espace. Elle ne se plaint de rien. Son sommeil et son appétit sont conservés.

Le lendemain de son arrivée, le contenu du discours évolue : il est désormais centré sur des difficultés administratives et financières et une surcharge de travail, mais reste évasif. Il n'y a toujours aucune participation affective. Il n'y a pas d'idée suicidaire, ni d'élément psychotique. Elle ne rapporte aucun antécédent psychiatrique, somatique ou chirurgical.

Quelques jours après son arrivée, elle se souvient de la période précédant l'hospitalisation, qui aurait été marquée par une surcharge de travail. Elle se souvient alors avoir eu une humeur triste, avec une anhédonie, une lassitude.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4181717>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4181717>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)