

ITDST

**INTERVIEW POUR TROUBLES
DISSOCIATIFS
ET SYMPTOMES LIES AU TRAUMA**

**SUZETTE BOON
NEL DRAIJER
HELGA MATTHEß**

2007

CONTENU

INTRODUCTION:	3
ARRIÈRE PLAN ET JUSTIFICATION:	3
<i>LES LIMITATIONS DU SCID-D COMME RESULTAT DU DSM-IV (CRITERES DE CLASSIFICATION ET DE DIAGNOSTIC)</i>	6
<i>LIMITATIONS DE L'INSTRUMENT LUI-MEME</i>	7
<i>REFERENCES CONCERNANT LE SDQ-20 (NIJENHUIS ET COLL, 1996)</i>	9
REFERENCES	10
PARTIE 1	13
1 DONNÉES BIOGRAPHIQUES.....	13
2 EMPLOI.....	14
3 TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE OU PSYCHAUTREAPEUTIQUE /HISTOIRE	16
4 ALCOOL; DROGUES ET MEDICAMENTS	19
PARTIE 2	22
1 PLAINTES PHYSIQUES; SYMPTOMES DISSOCIATIFS SOMATIFORM A L'AGE ADULTE	22
1. <i>HISTOIRE MEDICALE/SOMATIQUE</i>	22
2. <i>POUR LES FEMMES: PLAINTES GYNECOLOGIQUES:</i>	28
3. <i>PLAINTES UROLOGIQUES ; PROBLÈMES D'ÉLIMINATION</i>	29
2 PLAINTES PHYSIQUES, SYMPTOMES SOMATIFORMES DISSOCIATIFS DANS L'ENFANCE	31
PARTIE 3 - SYMPTOMES LIE AU(POSSIBLE) TRAUMA	34
1 PROBLÈMES D'ALIMENTATION.....	34
2 PROBLÈMES DE SOMMEIL.....	38
3 PROBLEMES D'HUMEUR ET DE REGULATION D'AFFECT	43
4 ANXIÉTÉ ET PANIQUE	54
5 COMPORTEMENTS AUTO-DESTRUCTEURS	58
6 PROBLEMES D'AUTO PERCEPTION ET D'IMAGE DE SOI.....	61
7 PROBLEMES DANS LES RELATIONS AUX AUTRES.....	64
8 PROBLÈMES AVEC LA SEXUALITÉ	67
PARTIE 4 - SYMPTÔMES PSYCHOFORMES DISSOCIATIFS	70
1 AMNÉSIE PSYCHOGÈNE	70
2 DÉPERSONNALISATION.....	76
3 DÉRÉALISATION	81
4 PROBLÈMES D'IDENTITÉ.....	84
5 SYMPTÔMES SCHNEIDERIENS.....	90
6 QUESTIONS SUR LES PARTIES (DISSOCIÉES) DE LA PERSONNALITE.....	98
7 QUESTIONS AU CAS OU IL Y A SUSPICION QUE LE TID EST IMITE (OU DIAGNOSTIC DE FAUX POSITIFS PAR UNE TIERCE PARTIE).....	101
8 LE COMPORTEMENT NON-VERBAL INDIQUANT DE LA DISSOCIATION DURANT L'INTERVIEW.....	104
PARTIE 5 - EVALUATION ET COTATION	105
1 SOMMAIRE DU FORMULAIRE DE COTATION	105
2 EVALUATION DES TROUBLES DISSOCIATIFS DSM-IV	109
3 EVALUATION ICD-10 TROUBLE DISSOCIATIF	110

INTRODUCTION:

L'interview pour les troubles dissociatifs et les symptômes liés au trauma (ITDST) est une interview semi-structurée pour déterminer les symptômes et les troubles dissociatifs et les symptômes liés à l'état de stress posttraumatique complexe. Il inclut également des questions sur l'état de stress posttraumatique complexe et les troubles de personnalité borderline.

L'interview ne peut qu'être administrée par des cliniciens qui ont été formés à son utilisation. L'interview comporte plusieurs sections. Après la section sur les données biographiques, suit une section contenant des questions sur les plaintes physiques et les symptômes dissociatifs somatoformes. Ensuite, il y a une section avec des questions sur les symptômes psychiatriques qui peuvent être en lien avec une traumatisation et le trouble de personnalité borderline: abus de substance, problèmes alimentaires, problèmes de sommeil, problèmes d'humeur, plaintes d'anxiété et de panique, comportement auto-destructeur, problèmes d'auto-perception et d'image de soi, problèmes dans la relation aux autres personnes et problèmes sexuels. Et pour finir, il y a une section avec des questions sur les symptômes dissociatifs psychoformes.

A la fin de la liste des questions sur chaque symptôme, l'interviewer évalue la fréquence et la sévérité de ce symptôme. Se basant sur le contenu des exemples donnés par le patient et la manière dont ceux-ci sont présentés, l'interviewer décide dans quelle mesure un symptôme dissociatif ou autre symptôme lié au trauma peut être présent chez le patient.

Les instructions pour l'interviewer sont incluses dans le texte qui concerne les critères auxquels les exemples doivent correspondre quant au contenu et quant à la manière de les présenter pour qu'ils puissent être désignés comme symptômes dissociatifs ou autres.

Il y a un formulaire de cotation pour chaque symptôme pris séparément, un formulaire pour les troubles dissociatifs du DSM- IV et un formulaire pour les troubles dissociatifs de l' ICD-10.

ARRIÈRE PLAN ET JUSTIFICATION:

En 1988 S. Boon et N. Draijer initiaient une recherche systématique dans les diagnostics des troubles dissociatifs ceci dans le but de mieux comprendre la validité des troubles dissociatifs du DSM-IV (alors le DSM-III-R), et plus particulièrement, le Trouble d'Identité Dissociative (TID), appelé autrefois le trouble de personnalité multiple (TPM).

A cette fin des instruments diagnostiques américains existant furent revus et la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Les troubles dissociatifs* (SCID-D, Steinberg, 1985, 1993, 1994a&b) fut sélectionnée comme étant la meilleure Interview. L'échelle d'expériences dissociatives (Dissociative Experiences Scale DES, Bernstein & Putnam, 1986) fut choisie comme instrument de screening.

La SCID-D fut validée aux Pays - Bas et testée pour sa fiabilité (Boon & Draijer, 1991, 1993 a, b, c, 1995 a et b; Draijer & Boon, 1995, 1997). L' interview démontrait une excellente validité et fiabilité interjuges et prouvait être très utile dans la distinction entre troubles dissociatifs et d' autres troubles psychiatriques ainsi que dans la différenciation claire des troubles dissociatifs et des troubles liés comme le trouble de personnalité borderline. L'étude montrait que les patients avec un TID avaient généralement un *cluster cohérent* de symptômes dissociatifs sérieux incluant plus que simplement de l'amnésie et des altérations d'identité.

Des centaines d'interviews - en partie enregistrées sur vidéo - fournirent une richesse d'information sur la présentation clinique des troubles dissociatifs, et sur les différences et les similarités comparées aux troubles ayant des symptômes similaires, en particulier l'ESPT (complexe) et les troubles de personnalité.

Puisque la SCID-D ne contient que des questions sur les troubles dissociatifs comme décrit dans le DSM-III-R (plus tard le DSM-IV), nous avons ajouté un nombre de questions en 1988 concernant la comorbidité commune, particulièrement pour les diagnostics du TID et du TDNS, Ceux-ci incluaient (1) les plaintes psychosomatiques (douleur) et les plaintes de conversion (symptômes somatoformes dissociatifs); (2) problèmes alimentaires; (3) problèmes de sommeil; (4) comportement auto-destructeur; (5) dépression et suicidalité et (6) plaintes liées au stress posttraumatique (Boon & Draijer, 1993 a & b, 1995).

En 1991, après avoir finalisé tant les études préliminaires que les études principales aux Pays Bas, nous avons développé une version courte de la SCID-D pour l'utilisation clinique (Boon & Draijer, 1991, Département de Psychiatrie, Université Libre, Amsterdam). Elle incluait ces questions supplémentaires concernant la comorbidité liée au trauma et ces questions de la SCID-D les plus discriminantes et pertinentes dans le diagnostic du trouble d'identité dissociative et les troubles dissociatifs non spécifiés.

L'instrument de la SCID-D n'a pas été publié aux Etats Unis avant 1993 (Steinberg,1993, 1994a&b) et peu après la traduction néerlandophone a été publiée chez Swets & Zeitlinger (Steinberg, 1994, traduction. Boon & Draijer). Toutefois, le manuel n'a pas été publié en néerlandais.

En 1995 Boon & Draijer ont publié le livre "*Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*" [Screening et diagnostic des troubles dissociatifs] un guide pour la pratique clinique, basée sur la recherche faite aux Pays Bas avec la SCID-D et l'EED (Echelle d'expériences dissociatives). Le livre incluait entre autres un nombre de chapitres contenant des domaines d'intérêts spécifiques sur les symptômes dissociatifs et les diagnostics différentiels. Il décrivait aussi les résultats de la recherche néerlandaise et les observations cliniques pertinentes sur les différences qualitatives parmi les symptômes suivants: problèmes de mémoire, symptômes de dépersonnalisation, et problèmes d'identité. De plus, ce livre était le premier à décrire des cas de TID imités et à discuter des risques de sur- et sous-diagnostics. Une annexe contenait une liste de vérification pour d'autres symptômes

dissociatifs (psychoformes), incluant les questions mentionnées ci-dessus présentes dans l'étude néerlandaise.

Entre 1995 et aujourd'hui il est devenu de plus en plus évident que la SCID-D a une série de limitations. Ces limitations peuvent être subdivisées en 2 catégories: les limitations liées à une classification peu claire des critères diagnostiques des symptômes des troubles dissociatifs dans le DSM-IV, et les limitations de l'instrument lui-même.

LES LIMITATIONS DU SCID-D COMME RESULTAT DU DSM-IV (CRITERES DE CLASSIFICATION ET DE DIAGNOSTIC)

- (a) Dans le DSM-IV les problèmes de mémoire inhérents au diagnostic du TID ne sont pas clairs et trop largement définis comme "incapacité de se souvenir des données personnelles, de manière trop extensive pour pouvoir être expliqué par de l'oubli ordinaire". La SCID-D enquête sur des problèmes plus spécifiques de mémoire, ce qui est une nette amélioration de la définition limitée que l'on retrouve dans le DSM-IV de 'problèmes de mémoires'. La SCID-D se centre cependant uniquement sur la fréquence des problèmes de mémoire, alors qu'en réalité, il s'agit bien de différences *qualitatives* observées au niveau de la mémoire des patients dissociés (Boon & Draijer, 1993a, 1995).
- (b) La (re)classification des troubles dissociatifs somatoformes est actuellement discutée. Dans le DSM-IV ces troubles sont actuellement classés sous les troubles de somatisation. Et donc, la SCID-D n'inclut pas de questions sur les symptômes dissociatifs somatoformes. Boon et Draijer ont néanmoins trouvé de nombreux symptômes psychosomatiques et de plaintes de conversion dans un groupe de 71 patients avec un TID (Boon & Draijer, 1993 a&b). Des recherches ultérieures de Nijenhuis et collègues ont fourni une grande quantité de nouvelles informations sur la sévérité et la fréquence des symptômes dissociatifs somatoformes chez les patients ayant un trouble d'identité dissociative. Il y a une forte relation entre les symptômes dissociatifs psychoformes et somatoformes (Nijenhuis et al, 1996, 1997, Nijenhuis, 1999/2004).
- (c) Le TID (et également certains sous types de TDNS) est une condition "polysymptomatique" et la définition DSM-IV qui met principalement l'accent sur l'amnésie et les identités alternantes ne rend pas justice à la complexité de l'image clinique du TID (Van Dyck, 1992; Boon & Draijer, 1993, 1995; Dell, 2006). La recherche utilisant la SCID-D a déjà montré que les patients avec le TID ont généralement un *cluster cohérent* de symptômes dissociatifs graves comprenant plus que juste l'amnésie et le changement d'identité. Cependant, la SCID-D pose insuffisamment de questions sur la comorbidité typique, également connue comme symptômes secondaires (Draijer & Boon, 1996), qui se produisent particulièrement dans les troubles d'identité dissociatives (TID) et les troubles dissociatifs non spécifiés (TDNS, DSM-IV 300.15 soustype 1).

Les questions sur cette comorbidité peuvent être très utiles pour avoir une image plus claire dans les cas de TID imités. Entre 1995 et maintenant, Boon et Draijer ont été consultées de nombreuses fois pour donner une seconde opinion sur le fait de savoir si une personne avait un TID, simulait le TID, ou avait un diagnostic de faux positifs (Boon & Draijer, 1995, 2003; Draijer & Boon, 1999). Beaucoup de patients imitant le TID ou qui ont été confusionnés et croyaient qu'ils avaient un TID, présentent une "histoire sortie d'un livre " basée sur des versions populaires et

inexactes médiatisées du TID, même des problèmes de mémoire graves et des "identités flagrantes " qui mènent des vies séparées. Bien que les diagnosticiens familiarisés avec l'interview SCID-D peuvent clairement reconnaître de telles réponses stéréotypées et distinguer cette présentation qui diffère fortement en qualité des cas authentiques de TID, la SCID-D offre néanmoins un soutien insuffisant pour des personnes moins expérimentées et des cliniciens moins sérieusement formés.

Pour cette raison, les questions additionnelles semblent être de plus en plus importantes pour distinguer le TID des présentations imitées de TID, et des troubles de personnalité cluster B (Boon & Draijer, 1995, 1999, 2003). Les patients qui imitent le TID ne sont pas complètement conscients de la complexité du TID et de la manière dont les patients avec un TID souffrent de toute une série d'autres symptômes à côté de l'amnésie et des sous-personnalités.

LIMITATIONS DE L'INSTRUMENT LUI-MEME

La SCID-D est conçu pour évaluer la présence et la sévérité de 5 différents groupes de symptômes dissociatifs: amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion d'identité et altération d'identité. Ces symptômes sont mis en évidence / découvert au moyen de questions ouvertes demandant aux patients de donner des exemples avec leurs propres mots. La sévérité d'un symptôme est jugée sur base de la fréquence de ce symptôme.

La limitation principale de la SCID-D est probablement que l'échelle de sévérité actuelle ne fournit pas suffisamment d'éléments pour faire la distinction entre les formes qualitativement différentes d'amnésie, de dépersonnalisation, de déréalisation et de confusion de l'identité. Par exemple: pour l'amnésie il est important de faire une claire distinction entre toutes sortes de problèmes de mémoire qui se produisent dans le contexte d'un autre trouble psychiatrique ou de stress et de surcharge et les problèmes de mémoire typiques qui se produisent dans les troubles dissociatifs. Pour la dépersonnalisation (qui, à propos, est le symptôme psychiatrique le plus commun après la dépression et l'anxiété et qui pour cette raison n'est pas un facteur discriminatoire entre les troubles dissociatifs et d'autres troubles psychiatriques) il est nécessaire de distinguer clairement toutes sortes de phénomènes d'absorptions communs (tel que se perdre dans un livre ou un film, ou un phénomène comme la "highway trance") et la dépersonnalisation pathologique.

La SCID-D conceptualise la confusion de l'identité comme un symptôme dissociatif primaire, mais ceci n'est en réalité pas tout à fait correct. Il existe de nombreuses formes différentes de confusion sur l'identité personnelle qui ne sont pas dissociatives. La confusion de l'identité peut se produire comme résultante de la présence de plusieurs sous-personnalités dans le TID ou le TDNS sous-type 1, mais la SCID-D ne fait pas de distinction nette entre des formes de confusion d'identité quantitativement différentes telles qu'elles se produisent dans les problèmes de personnalité, les problèmes névrotiques, et également dans d'autres diagnostics de l'axe -I. En outre, il n'y a pas suffisamment de questions pour l'interviewer pour

enquêter en profondeur sur les formes d'auto-confusions, alors que ceci est fortement relevant pour éviter, entre autres choses, les diagnostics TID faux positifs.

L'opérationnalisation du concept d'altération d'identité présente également un problème. Ici l'échelle de sévérité prête à confusion, puisqu'elle suggère qu'il pourrait il y avoir une forme mineure, modérée et sérieuse d'altération d'identité. En se basant sur leurs recherches Boon et Draijer ont toujours argumenté que cette échelle ouvrait la voie aux diagnostics de faux-positifs (particulièrement chez les patients avec un trouble de personnalité cluster B, sans un trouble dissociatif de l'Axe I). Il y a des identités diverses-également appelées parties de personnalité (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2004, 2006) - ou il n'y en a pas.

De plus, un nombre de questions dans la section de l'interview sur l'altération de l'identité sont assez suggestives. En outre, les exemples d'altération de l'identité inclus dans la SCID-D confirment l'image typique dramatique et théâtrale que l'on retrouve aussi dans les films et les livres. Par exemple à la page 75 (260) "Debbie, femme au foyer, porte habituellement des vêtements décontractés. Parfois elle a mis un habit, en disant qu'elle est une bonne sœur et qu'elle s'appelle Mary". Ceci ne correspond pas avec l'image réelle de la TID où généralement les patients tendent plutôt à concilier les différences et les sous-personnalités.

Lorsque, suite à une fusion d'édition, la SCID-D a été retirée du marché néerlandais en 2004 (comme l'ont été beaucoup d'autres instruments diagnostiques pour cette raison) Boon a décidé, avec Matthes, d'adapter l'ancienne version abrégée de 1991 de Boon et Draijer et, avec l'expérience et les nouvelles perspectives des 15 dernières années, de développer ce nouvel instrument diagnostique. *L'Interview pour les troubles dissociatifs et les symptômes liés au trauma (ITDST)* est le résultat de cette collaboration.

Nous avons décidé d'inclure d'amples instructions pour l'interviewer dans le texte du questionnaire (comme dans la version brève originale de Boon et Draijer), de telle manière qu'il/elle sache ce à quoi il faut faire attention lorsqu'on approfondit les divers symptômes.

Nous nous référons au SCID-D lorsqu'on rencontre des questions de la SCID-D original. Si des questions proviennent d'autres instruments, nous les mentionnons également. De plus, de nouvelles questions, importantes pour les diagnostics différentiels ont été ajoutées.

Quoiqu'un grand nombre de questions dans cet interview ont été utilisées dans la recherche de validation de la SCID-D mentionnée en haut (Boon & Draijer, 1993), l'interview dans cette nouvelle forme n'a pas encore été validée.

Nous remercions Onno van der Hart et Ellert Nijenhuis pour la lecture et les commentaires de cet instrument.

Suzette Boon et Nel Draijer Août 2006

REFERENCES AU SCID-D ET AU SDQ-20

Les références concernant les questions de la SCID-D (Steinberg, 1985, 1991, 1993, 1994)

Sous amnésie: questions 2 - 7 proviennent de la SCID-D.

Dépersonnalisation: questions 4, 5 et 6 proviennent de la SCID-D

Déréalisation: questions 1, 2, 3 et 4 proviennent de la SCID-D mais sont reformulées.

L'opérationnalisation du concept de *confusion d'identité et d'alteration d'identité* a été abandonnée. Il y a plutôt un chapitre de questions sur les problèmes d'identité. Les questions de la SCID-D qui ont été incluses dans cette partie du ITDST sont mentionnées ici: questions 2, 4, 5.

Comme dans la SCID-D, il y a une section sur le suivi qui contient des questions sur les parties dissociatives de la personnalité, mais ces questions sont différentes et il n'y a qu'une section. Cette section contient uniquement des questions ouvertes. Nous avons fait un effort pour éviter toute forme de suggestion. Après cette section des questions ont été ajoutées pour ces patients à qui, avant cette interview, des thérapeutes précédents ont raconté qu'ils avaient un TID, ou pour ces patients qui sont eux-mêmes convaincus qu'ils ont un TID.

Finalement - en suivant l'exemple de la SCID-D - il y a un moyen de côter le COMPORTEMENT non- verbal (durant l'interview) qui pourrait indiquer l'existence d'un trouble dissociatif. A côté de nouveaux items cette section inclut les items SCID-D suivants: 259, 265, 270, et 272.

REFERENCES CONCERNANT LE SDQ-20 (NIJENHUIS ET COLL, 1996)

Un nombre de questions de la SDQ-20 ont été incluses (parfois reformulées - formulées). Sous *histoire médicale /somatique* les questions 8d et 8e et 8f sont reprises de la SDQ-20. Les questions restantes avaient déjà été incluses par Boon et Draijer en 1991. la question 9 a été incluse sur le conseil de E. Nijenhuis. La section *plaintes urologiques* a été ajoutée - questions 1 et 2 ont aussi été reprises de la SDQ-20.

REFERENCES

Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174,727-735.

Boon, S. & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands. A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.

Boon, S. & Draijer, N (1992), reliability and validity of the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: report on a study in the Netherlands.

Proceedings of the 9th International Conference on Multiple Personneality / Dissociative States. Chicago, Illinois.

Boon, S. & Draijer, N. (1993a). Multiple personneality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, 1993, 489-494.

Boon, S. & Draijer, N (1993b). *Multiple personneality disorder in the Netherlands. A study on reliability and validity of the diagnosis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Boon, S. & Draijer, N. (1993c). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personneality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.

Boon,S., & Draijer, N. (1994). Comorbiditeit bij MPS. *Jaarboek voor psychiatrie en psychautreapie* Hoogduin e.a. (red.), Deventer, Van Loghum Slaterus.

Boon, S., & Draijer, N., (1995) *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Boon, S. & Draijer N. (1996). Nederlands onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de dissociatieve identiteitsstoornis. *Bulletin Consortium Psychiatrie Rümkegroep, Utrecht*.

Boon, S & Draijer, N (1999): Simulated DID: Diagnostic and treatment implications. In: *Proceedings of the ISSD 16th annual conference*. Miami. USA.

Boon, S. & Draijer, N. (2003).The differentiation of imitated DID from genuine DID; USA.
in *Proceedings of the 19th Annual Meeting of ISTSS (p.88)* Chicago, Illinois.

Dell, P. (2006). A new model of dissociative identité disorder. *Psychiatric clinics of North America*, 48, 1-26.

Draijer, N. & Boon, S.(1993). The validation of the dissociative experiences scale against the Criterion of the SCID-D, using Receiver Operating Characteristics (ROC) analysis. *Dissociation*, 6, 28-37.

Draijer, N. & Boon, S. (1994). Psychiatrische klachten na een misbruikverleden (3). *Maandblad geestelijke volksgezondheid*; 10, 1125-1128.

Draijer, N. & Boon, S. (1995). Differential diagnosis of DID and factitious disorder: A challenge. *Proceedings of the Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation*. Amsterdam, May 10-14.

Draijer, N., Van der Hart, O., & Boon, S. (1996). De validiteit van de diagnose MPS. *De Psycholoog*. 1996, 9, 322-327.

Draijer, N. & Boon, S. (1999). The imitation of dissociative identity disorder: patients at risk, therapist at risk. *The Journal of Psychiatry & Law*, 27, 423-458.

Dyck, R. (1992). Zin en onzin over de multiple persoonlijkheid. *Trans*, 8, 26-32.

Nijenhuis, E.R.S. (1999, 2004): *Somatoform Dissociation; phenomena, measurement and theoretical Issues*. Reprint: WW Norton, New York 2004.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J.(1996) The development and the psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20) . *Journal of Nervous and Mental Disease*,184, 688-694.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.

Steinberg, M.(1993) *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M.(1994a). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M.(1994b). *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders -revised (SCID-D-R)* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M., (1994c) (Ned. vert. Boon, S. & Draijer, N.) *Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-IV Dissociatieve Stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Steinberg, M (1995) . *Handbook for the assessment of dissociation: a clinical guide* . Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cichetti, D (1990). The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76-82.

Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cichetti, D (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview, *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050-1054.

Van der Hart, O., Nijenhuis E. R.S. & Steele, K & Brown, D. (2004): Trauma related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* .Vol. 38 (11-12) 906-2004.

Van der Hart, O., Nijenhuis E. R.S. & Steele (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton Professional Books.

World Health Organization (1992): *The ICD-10 classification of mental and comportemental disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.

PARTIE 1

1 DONNÉES BIOGRAPHIQUES

Nom:

Date de naissance:

Age:

Sexe: féminin
 masculin

Etat civil: Célibataire
 Marié(e)
 Divorcé(e)
 Cohabitant
 Veuf (ve)

Avez-vous des enfants? Combien?

Quel âge ont vos enfants?

Formation Ecole primaire
 Ecole secondaire
 Enseignement technique et professionnel
 Licence

Nombre total d'années de formation:

2 EMPLOI

Emploi actuel

1. Etes vous rémunéré? Oui
 Non

Si oui: Temps plein
 Mi-temps

Si oui: Quel type de travail faites-vous?

Depuis quand?

2. Y a-t-il jamais eu une période durant laquelle vous étiez incapable de travailler?
 Oui
 Non

Si oui: Quand?

Pourquoi?

3. Combien de jobs différents avez-vous eu en tant qu'adulte?

4. Y a-t-il une raison pour les changements fréquents de job?

Si oui: Décrivez svp

5. Remarques additionnelles concernant l'historique de votre emploi:

6. *Si le patient n'est pas rémunéré:*

Que faites-vous durant la journée?

(travail bénévole; travail ménage; enfants; hobby; étude; autre)

7. Est-ce que vous trouvez difficile de structurer votre journée?

8. *Si oui:* Pourriez-vous décrire vos difficultés?

3 TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOTHERAPEUTIQUE /HISTOIRE

1. Suivez -vous actuellement un traitement pour votre santé mentale?

- Oui
- Non

2. Quel type de traitement suivez-vous?

- Ambulatoire
- Traitement de jour
- Hospitalisation
- Autre

3. Quelle est la fréquence de vos séances (individuelles)?

4. *Si vous suivez un traitement:* Pour quels plaintes/problèmes suivez-vous ce traitement?

5. Avez-vous jamais suivi de traitement auparavant?

- Oui
- Non

Si oui: Décrivez le traitement

6. Avez-vous jamais été admis en hôpital psychiatrique ou service psychiatrique?

- Oui
- Non

Si oui:

a. Pour quelle(s) raison (s)?

b. Quelle était la durée de votre hospitalisation?

c. Combien de fois avez-vous été admis?

7. Savez-vous quel type de diagnostic on vous a donné?

Pour l'interviewer:

Il est important de déterminer s'il y a eu de nombreux diagnostics. C'est également relevant de vérifier s'il y a eu beaucoup de différents types de traitement et de quelle manière ces traitements se sont terminés. En particulier, les clôtures peuvent révéler des informations importantes sur le client, ses problèmes, ainsi que les réussites ou échecs de traitements antérieurs.

8. Si vous avez eu plusieurs traitements,

Quelles étaient les raisons pour terminer ces traitements?

Décrivez:

Point d'attention tout au long de l'interview:

Pour chacune des questions suivantes sur les symptômes et tout au long de l'interview il est important de continuer à demander des exemples au patient et de le laisser expliquer des expériences dans ses propres mots dans le but d'avoir des impressions aussi claires que possible sur son expérience subjective..

Il est également important de vérifier la fréquence des symptômes.

Faites attention à la qualité des exemples. Des patients qui imitent des symptômes dissociatifs se fâchent souvent ou sont irrités lorsqu'ils doivent donner des exemples, ou ils donnent des exemples exagérés ou superficiels, appelés exemples "types". Leurs symptômes peuvent être exagérés. Ceci peut également être le cas de patients qui ont un TID comorbide et un trouble de personnalité histrionique, mais ceci est l'exception rare dans cette population (4-6%). D'un autre côté, les patients qui ont un trouble dissociatif craignent parfois ou sont honteux de parler; ils ont plutôt tendance à cacher ou à adapter leurs symptômes. Les patients ayant un trouble dissociatif manifestent souvent des signes de détresse ou d'anxiété lorsqu'on leur demande des détails de leurs expériences et peuvent donner des réponses vagues, désarticulées ou confuses.

Pour l'évaluation finale des symptômes dissociatifs il est important de prêter une attention à des réactions non verbales durant l'interview, ainsi qu'à la qualité des réponses aux questions. Pour plus de détails vérifiez svp chapitre 8 à la fin de l'interview sur les signes non verbaux.

4 ALCOOL; DROGUES ET MEDICAMENTS

1. Buvez-vous parfois de l'alcool? oui Non Pas clair
Si oui: Combien buvez-vous par jour/semaine?
Que buvez-vous?
2. Avez-vous jamais eu un black-out causé par l'alcool? oui Non pas clair
Si oui: Pouvez-vous me décrire comment c'était?
3. Avez-vous déjà été traité pour des problèmes d'alcool? Oui Non pas clair
Si oui: quand et où?
4. Prenez-vous parfois de la drogue de rue? oui Non pas clair
Si oui: Quel drogue prenez- vous /avez- vous pris?
Combien prenez-vous /avez-vous pris par jour/semaine?
5. Avez-vous jamais été traité pour des problèmes de drogue? oui Non pas clair
6. Etes-vous actuellement sous médicaments prescrits ou non prescrits? Oui Non Pas clair
Si oui: Quel(s) médicament(s) prenez-vous et pour quelle raison?

7. Avez-vous jamais été dépendant ou avez-vous abusé de médicaments prescrits? oui Non pas clair

8. Avez-vous une idée dans quel type de situations vous utilisez des substances? oui Non pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ces situations et comment vous croyez que ces substances peuvent vous aider à faire face?

9. A quel âge ont commencé les problèmes d'alcool, de drogue ou de médicaments?

10. Y a-t-il eu des périodes durant lesquelles vous n'avez pas utilisé de drogue illicite ou d'alcool du tout et pas abusé de médicaments prescrits? oui Non pas clair

Evaluation d'abus de substance ou d'une mauvaise utilisation:

Il y a un problème actuel d'addiction ou d'abus de substance oui Non Pas clair

Fréquence du problème d'abus de substance actuel Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 quotidiennement/
hebdomaire
 Pas clair

Il y a eu des problèmes d'addiction ou il y a eu abus de substance dans le passé oui Non pas clair

Fréquence de l'abus de substance dans le passé Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Pour l'interviewer:

S'il y a eu (à un moment) un abus de substance, que ce soit de l'alcool, de la drogue ou des médicaments prescrits, on doit vérifier si des symptômes d'amnésie, de dépersonnalisation et de déréalisation se produisent également en absence d'abus de substance.

PARTIE 2

1 PLAINTE PHYSIQUES; SYMPTÔMES DISSOCIATIFS SOMATIFORMES A L'AGE ADULTE

1. HISTOIRE MEDICALE/SOMATIQUE

Pour l'interviewer:

Un bon nombre des questions suivantes peuvent indiquer une "dissociation somatoforme ". Ces symptômes peuvent également faire partie d'un trouble dissociatif chronique.

Un autre point d'attention est la manière dont le patient parle de ces symptômes. Est-ce que le patient éprouve de la détresse lorsqu'il en parle ou a-t-il des difficultés significatives pour verbaliser ces symptômes? Le patient peut-il encore toujours se rappeler son histoire personnelle relativement clairement? Même lorsqu'il s'agit de plaintes dans l'enfance? Est-ce que les plaintes sont exagérées ou minimisées?

1. Avez-vous des plaintes physiques?

oui Non pas clair

Si oui, quelles sont-elles?

2. Avez-vous consulté un médecin concernant ces plaintes?

oui Non pas clair

3. Avez-vous déjà eu des plaintes pour lesquelles aucune cause médicale n'a été trouvée?

oui Non pas clair

Si oui: Quelles sont-elles?

4. Souffrez-vous de maux de tête ou de migraines?

oui

Non

pas clair

5. Avez-vous jamais subi de blessures à la tête?

oui

Non

pas clair

Si oui:

a. Qu'est-ce qui s'est passé?

b. Etiez-vous inconscient(e)?

oui

Non

Pas clair

Et si oui, pour combien de temps?

6. Avez-vous jamais souffert d'évanouissements ou d'absences ou d'attaques épileptiques (ou de "pseudo attaques")?

oui

Non

Pas clair

Si oui:

a. Pouvez-vous décrire ce qui s'est passé?

b. Avez-vous perdu connaissance?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Savez-vous pour combien de temps?

c. A quelle fréquence avez-vous ces attaques?

Rarement

Occasionnellement

Mensuellement

Quotidiennement/

hebdomadaire

Pas clair
 Oui Non Pas clair

7. Avez-vous jamais eu un examen neurologique?

Si oui:

a. Quels étaient vos symptômes et le diagnostic?

b. Avez-vous reçu un traitement pour ces problèmes?

Oui Non Pas clair

8. Avez-vous jamais eu le sentiment qu'une partie de votre corps ou que tout votre corps était étranger à vous - même?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

9. Avez-vous jamais eu l'expérience que vous ne sentiez pas votre corps, qu'il semblait anesthésié, ou que vous ne pouviez pas vraiment ressentir la douleur?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

10. Avez-vous jamais souffert d'autres plaintes (neurologiques) pour lesquelles les médecins ne pouvaient pas trouver d'explications, comme:

a. Perdre votre voix (en partie ou complètement)?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

b. Perte de force ou paralysie de vos bras ou de vos jambes? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

c. Incapacité totale de bouger, de parler et/ou de réagir à l'environnement Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

d. Des changements soudains, temporaires dans votre vision ou votre ouïe Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

e. Etes vous parfois hypersensible à des odeurs ou des sons? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

- f. Trouvez-vous parfois que la nourriture que vous aimez habituellement a un mauvais goût? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

- g. Avez-vous parfois des difficultés à avaler? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

(Expériences - questions 8 - 10)

11. Avec quelle fréquence cela se produit-il? Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair
12. N'avez-vous jamais eu l'expérience que vous étiez incapable de goûter, de sentir etc sans cause médicale (par ex. sans avoir un rhume) Oui Non Pas clair
13. N'avez-vous jamais eu l'expérience que vous ignoriez certaines plaintes physiques, ou que vous sentiez peu ou pas de douleur dans une situation ou la plupart des personnes en éprouveraient? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous m'en dire plus?

14. Y a-t-il des symptômes à propos desquels je ne vous ai pas posé de questions et dont vous pourriez me parler?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: pouvez-vous m'en dire plus?

2. POUR LES FEMMES: PLAINTES GYNECOLOGIQUES:

1. N'avez-vous jamais souffert de plaintes gynécologiques? Oui Non Pas clair

Si oui: Quelles plaintes?

2. Avez-vous déjà reçu un traitement de la part d'un gynécologue? Oui Non Pas clair

Si oui: pour quelles plaintes?

3. Avez-vous déjà eu des plaintes gynécologiques abdominales ou autres pour lesquelles aucune explication médicale n'a pu être trouvée? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ces plaintes?

3. PLAINTES UROLOGIQUES ; PROBLÈMES D'ÉLIMINATION

Avez-vous déjà souffert d'une des plaintes urologiques suivantes?

1. Difficulté à uriner? Oui Non Pas clair
2. Douleur lorsque vous urinez? Oui Non Pas clair
3. Incapacité soudaine de retenir votre urine ou énurésie (mouiller son lit)? Oui Non Pas clair
4. Avez-vous déjà eu des plaintes urologiques pour lesquelles aucune explication médicale n'a pu être trouvée? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ces plaintes?

Problèmes de défécation:

5. Avez-vous déjà souffert d'une défécation /de mouvements intestinaux douloureux(se)x? Oui Non Pas clair

Si oui: Que ressentez-vous?

Questions pour les hommes

6. Avez-vous parfois mal ou des irritation au niveau du pénis, de votre scrotum ou de vos testicules Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ces plaintes?

7. Avez-vous parfois des problèmes d'avoir ou de maintenir une érection?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ces plaintes?

8. Avez-vous déjà utilisé de la médication pour une érection dysfonctionnelle (par ex, Viagra, Cialis) et / ou des drogues?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

2 **PLAINTES PHYSIQUES, SYMPTOMES SOMATIFORMES DISSOCIATIFS DANS L'ENFANCE**

1. Lorsque vous étiez enfant, avez-vous eu des plaintes physiques comme

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mal de tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Migraine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Nausées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Problèmes d'alimentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Autres plaintes physiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Etiez vous fréquemment malade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |

2. Avez-vous eu des accidents en tant qu'enfant? Combien de fois?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Si oui: Pouvez-vous les décrire?

3. Avez-vous (souvent) été hospitalisé en tant qu'enfant?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Si oui: Quel(s) était/étaient le(s) problème(s)?

4. Avez -vous eu des problèmes de sommeil en tant qu'enfant

Si oui: Pouvez-vous les décrire?

- | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | S'endormir | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Pouvoir continuer à dormir | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Cauchemars | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Mouiller le lit | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Somnambulisme | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |

Evaluation des plaintes physiques:

Indications de plaintes physiques d'origine médicale

Oui Non Pas clair

Fréquence de plaintes physiques

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Indications de plaintes physiques sans origine médicale

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Symptômes dissociatifs somatoformes ("conversion") comme le changement dans le discours, la vue, l'ouïe, les sensations physiques, avaler, paralysies de membres | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Episodes pseudo-épileptiques (convulsions dissociatives); s'évanouir | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Incapacité (temporaire) de ressentir la douleur physique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Autres plaintes: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |

Fréquence des plaintes physiques sans origine médicale

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

- Il y a des indications de plaintes physiques multiples et/ou fréquentes dans l'enfance**
- Oui Non Pas clair

PARTIE 3 - SYMPTOMES LIES AU(POSSIBLE) TRAUMA

1 PROBLÈMES D'ALIMENTATION

1. Avez-vous déjà eu des problèmes alimentaires? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire ces problèmes?

2. Avez-vous déjà perdu tellement de poids que vous n'aviez plus de menstruations ou qu'un médecin vous a dit que vous étiez gravement en insuffisance de poids? Oui Non Pas clair
Si oui:

a. Quel était votre poids le plus bas? _____

b. Quelle est votre taille? _____

- c. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une insuffisance de poids? Oui Non Pas clair

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de prise de nourriture excessive? Oui Non Pas clair

Si oui:

Quel était votre poids maximum? _____

4. Est-ce que votre poids fluctue beaucoup dans le courant d'un mois ou d'une année? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire (combien de kg)

Pour l' interviewer:

Si des problèmes d'alimentation sont mentionnés il peut être opportun de vérifier à ce point de l'interview s'il ils sont liés à de l'amnésie ou de la dépersonnalisation. Les patients avec un trouble dissociatif oublient parfois de manger ou ont des difficultés à ressentir la faim. Souvent ils ne sentent pas s'ils ont mangé assez ou s'ils sont rassasiés.

Ils peuvent sentir ou entendre une voix leur disant de ne pas manger ou qu'ils doivent manger

5. Avez-vous jamais souffert de binge eating?(s'empiffrer) Oui Non Pas clair

Si oui: Comment est-ce un empiffrage pour vous?

6. Est-ce que ces excès se produisent parfois comme dans un état de rêve? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

7. Est-ce que cela se passe parfois que vous n'avez aucun souvenir d'avoir mangé (ou de vous être empiffré) mais que vous trouvez des indications que vous l'avez effectivement fait? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

8. Oubliez -vous parfois complètement de manger durant Oui Non Pas clair

la journée?

Si oui: N'êtes-vous jamais conscient d'avoir faim ou de vous sentir rassasié"?

9. Vous arrive-t-il de vous faire vomir?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

10. Ne souffrez-vous jamais de vomissements ou de nausées sans aucune cause physique?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

11. Avez-vous jamais utilisé des laxatifs?

Si oui: Combien de fois et quelle quantité??

12. Vous êtes-vous jamais engagé dans un entraînement excessif (plus d'une heure chaque jour) ?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

Evaluation des problèmes d'alimentation:

Il y a des problèmes d'alimentation dans le présent

- Anorexie
- Boulimie
- Obésité
- Mélange de troubles alimentaires

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Fréquence de problèmes alimentaires dans le présent

- Rarement
- Occasionnellement
- Mensuellement
- Quotidiennement/
hebdomadaire
- Pas clair

Est-ce que les problèmes alimentaires sont associés à des symptômes dissociatifs dans le présent?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Si oui

- Amnésie
- Dépersonnalisation
- Déréalisation
- autres _____

Si oui, décrivez

Il y a eu des problèmes alimentaires dans le passé

- Anorexie
- Boulimie
- Obésité
- Mélange de troubles alimentaires

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Fréquence de problèmes alimentaires dans le passé

- Rarement
- Occasionnellement
- Mensuellement
- Quotidiennement/
hebdomadaire
- Pas clair

Est-ce que les problèmes alimentaires étaient associés à des symptômes dissociatifs dans le passé?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Si oui

- Amnésie
- Dépersonnalisation
- Déréalisation
- autres _____

Si oui, décrivez

2 PROBLÈMES DE SOMMEIL

1. Souffrez-vous parfois de troubles du sommeil?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous les décrire?

2. Avez-vous des difficultés à vous endormir?

Oui Non Pas clair

3. Est-ce que vous postposez parfois le moment d'aller dormir ou est-ce que vous remarquez que vous êtes anxieux pour aller au lit?

Oui Non Pas clair

Si oui: Savez-vous pourquoi, et pourriez-vous décrire la(es) raison(s)?

4. Est-ce que vous vous réveillez souvent durant la nuit?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ce qui vous réveille?

5. Combien d'heures de sommeil dormez-vous en moyenne?

6. Souffrez-vous parfois de cauchemars?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire les cauchemars?

7. Avez-vous déjà remarqué ou entendu de la part d'autres personnes que vous êtes agité durant votre sommeil (par ex. crier, vous battre) ou que vous conversez durant votre sommeil? Oui Non Pas clair

Si oui:

a) Qu'avez vous vécu?

- crier
- Pleurer
- Conversations
- Luttes
- autre _____

b) Pouvez-vous décrire cette expérience?

8. Avez-vous parfois des difficultés à vous réveiller d'un rêve, ou avez-vous des rêves qui semblent continuer même lorsque vous êtes réveillé? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

9. Avez-vous parfois des visions comme des cauchemars durant la journée? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

Avez-vous une idée sur ce qui peut causer ces visions?

10. Avez-vous déjà souffert de somnambulisme?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

11. Y a-t-il jamais eu des signes que vous étiez sorti de votre lit et fait des choses durant la nuit dont vous ne pouviez plus vous souvenir le lendemain matin?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

12. Utilisez-vous des somnifères?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Quels médicaments?

13. Y a -t-il d'autres moyens pour dormir que vous utilisez?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ces moyens pour dormir?

14. Avez-vous jamais eu l'expérience de vous endormir involontairement durant la journée lorsque vous devriez être éveillé?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cette expérience?

Evaluation des problèmes de sommeil

Il existe actuellement des problèmes de sommeil

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> S'endormir la nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> S'endormir involontairement
durant la journée lorsque vous
devriez être éveillé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Continuer à dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> postposer le moment de sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Panique/ agitation nocturne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Se lever (avec amnésie?) ou sentir
comme si vous étiez une personne
différente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |

Fréquence de problèmes de sommeil dans le présent

- Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
 hebdomadaire
 Pas clair

Problèmes de sommeil dans le passé

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> S'endormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Continuer à dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> S'endormir involontairement
durant la journée lorsque vous
devriez être éveillé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Postposer le moment du sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Panique/ agitation nocturne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Se lever (avec amnésie?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |

Fréquence de problèmes de sommeil dans le passé

- Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
 hebdomadaire
 Pas clair

3 PROBLEMES D'HUMEUR ET DE REGULATION D'AFFECT

Pour l'interviewer:

Il est important de vérifier si un épisode dépressif est constant, ou s'il est ponctué par d'autres types de changement d'humeur (hypomane, joyeux, en colère, etc.) Est-ce que cet autre humeur ou épisode change également abruptement? Les patients ayant un trouble dissociatif (TID ou TDNS) peuvent vivre des changements d'humeur soudain durant un épisode dépressif puisqu'il est rare pour toutes les parties de la personnalité d'être dépressif simultanément.

1. Comment a été votre humeur durant les quelques années passées?

2. Avez-vous jamais vécu des changements d'humeur rapides?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire à quelle fréquence vos humeurs peuvent changer et de quelle manière cela se produit?

3. Pouvez-vous décrire la qualité de vos changements d'humeur en terme d'apparition

- abruptement
- plus graduellement
- d'un sentiment faible vers un sentiment plus intense (par ex., de content à euphorique),
- des changements entre des sentiments extrêmement intenses qui sont fort différents l'un de l'autre (par ex., de heureux à enragé)
- autre - *Si oui, pouvez-vous décrire?*

4. Est-ce que vos changements d'humeur affectent

vous-même?

Oui

Non

Pas clair

D'autres autour de vous?

Oui

Non

Pas clair

Votre vie/travail journalier?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire comment vos changements d'humeur vous affectent vous, les autres et votre fonctionnement?

5. Avez-vous déjà vécu de grandes fluctuations dans vos capacités ou votre habileté de faire des choses?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

6. Avez-vous déjà trouvé que vous étiez capable de faire des choses facilement dont normalement vous vous attendiez à ce qu'elles soient impossibles à faire ou alors pas dans la mesure où vous saviez comment faire?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

Pour l'interviewer:

Pour les patients présentant un trouble dissociatif, les sentiments peuvent parfois « disparaître » complètement et soudainement” (se dissocier); parfois les sentiments peuvent submerger de manière inattendue et intrusive (influence passive, par ex., une anxiété, rage, détresse, joie inexplicée et soudaine).

Des patients avec un TID ou un TDNS vivent des comportements ou des émotions fort différents comme "pas sous contrôle ou ne faisant pas partie d'eux-mêmes " (par ex., non seulement une rage non dissociée mais aussi des comportements (positifs) plus complexe comme aller faire du shopping et acheter des choses que habituellement ils n'achèteraient pas).

La rage dissociée ou d'autres affects négatifs peuvent aussi être rencontrés dans les personnalités de type borderline, bien que la dissociation impliquant des comportements négatifs de la vie quotidienne n'impliquent pas nécessairement des affects négatifs. Il est important de vérifier si le patient a oui ou non un certain contrôle sur des émotions et comportements "négatifs"ou ego-dystonique, comme la rage, voler, le passage à l'acte sexuel; et si le patient n'a également pas de contrôle sur des émotions et comportements plus « positifs » comme la joie, la légèreté; ou sur des tâches neutres comme les courses chez l'épicier ou conduire.

7. Est-ce que vous êtes facilement perturbé par ce que d'autres appelleraient de petits problèmes?
Si oui, décrivez s'il vous plait

Oui Non Pas clair

8. Avez-vous des difficultés à vous calmer?
Si oui, décrivez s'il vous plait

Oui Non Pas clair

9. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous n'aviez pas le contrôle de votre comportement ou de vos émotions?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

10. Y a-t-il des émotions particulières dont vous sentez que vous ne pouvez pas les contrôler?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous les décrire?

Combien de fois avez-vous vécu les expériences mentionnées ci dessus?

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair
 Oui Non Pas clair

11. Avez-vous déjà eu des difficultés à contrôler votre colère?

Si oui, décrivez

12. Avez-vous déjà connu une dépression sérieuse?

Oui Non Pas clair

Si oui:

a. Pouvez-vous décrire cela?

- b. Quel cours prend un tel épisode?
(Combien de temps dure-t-il et est-ce que la
sévérité change brutalement? Est-ce que votre
dépression change soudainement vers une
émotion positive (changement d'humeur soudain ?)

13. Vous êtes vous déjà senti désespéré concernant votre futur? Oui Non Pas clair

Si oui

- a. Pouvez-vous décrire cette expérience?

b. Est-ce que ce sentiment de désespoir était lié à votre situation de vie? Oui Non Pas clair

Si oui, pouvez vous le décrire?

c. Etait-ce lié à des difficultés dans des relations (importantes) avec d'autres personnes? Oui Non Pas clair

Si oui, pouvez-vous décrire?

14. Avez-vous déjà été si désespéré que vous avez pensé à mettre fin à vos jours? Oui Non Pas clair

15. Avez vous en fait essayé de mettre fin à vos jours? Oui Non Pas clair

Si oui:

a. Qu'avez-vous fait exactement?

b. Avez-vous suivi un traitement en hôpital pour prévenir une tentative ou pour vous traiter après une tentative? Oui Non Pas clair

c. Avez-vous tenté de vous suicider plus d'une fois? Oui Non Pas clair

Si oui: Combien de fois?

Pour l'interviewer:

Si le patient a fait une ou plusieurs tentatives de suicide, voyez si le patient s'en rappelle clairement. Y avait-il amnésie partielle ou complète? Est-ce que le patient était dépersonnalisé durant la tentative ou est-ce qu'il y a eu abus d'alcool ou d'autres substances précédant la tentative? Est-ce que le patient a senti qu'il contrôlait la tentative?

16. Comment avez-vous vécu la tentative?

- J'étais vraiment très présent et conscient de la situation
- J'étais plus comme dans un rêve
- Différent _____

Pouvez-vous décrire votre expérience?

17. Vous est-il arrivé que vous n'aviez pas de souvenir du tout d'avoir tenté de vous suicider, mais que vous savez qu'il y a eu une tentative? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

18. Aviez-vous utilisé de l'alcool, de la drogue ou des médicaments au moment de la tentative? Oui Non Pas clair

19. Vous sentez vous parfois hyperactif, extrêmement énergique, et/ou émerveillé? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

- a. Avez-vous déjà fait des choses dans une humeur hyperactive que vous regrettiez par après ou qui vous ont causé des ennuis? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

- b. Lorsque vous êtes dans une humeur hyperactive, est-ce que vos pensées s'envolent parfois, comme si vous ne pouviez plus les arrêter? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

c. Savez-vous s'il y a une connection entre des sentiments de stress et d'anxiété et un comportement hyperactif/surexcité?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

20. Avez-vous déjà vécu des sentiments importants de vide ou d'ennui?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

Evaluation problèmes d'humeur

Il y a des problèmes d'humeur dans le présent

Oui Non Pas clair

Episode(s) dépressifs

Oui Non Pas clair

Désespéré sur la situation de vie et le futur

Oui Non Pas clair

Tentative de suicide

Oui Non Pas clair

Idéation suicidaire chronique

Oui Non Pas clair

Changements d'humeur rapide

Oui Non Pas clair

Surexcité, désinhibé, comportement ou pensées hyperactifs

Oui Non Pas clair

Sentiment (chronique) de vide

Oui Non Pas clair

Autres _____

Oui Non Pas clair

Fréquence de problèmes d'humeur dans le présent (comptez le plus fréquent s'il y a plus d'un problème d'humeur)

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire

Est-ce que les tentatives de suicide sont associées à des symptômes dissociatifs?

Pas clair
 Oui Non Pas clair

Si oui, quel type?

- Amnésie
 Dépersonnalisation
 Déréalisation
 Autre _____

Il y a eu des problèmes d'humeur dans le passé

Oui Non Pas clair

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Episode(s) dépressifs (s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Désespéré sur la situation de vie et le futur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Tentative de suicide | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Idéation suicidaire chronique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Changements d'humeur rapide | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Surexcité, désinhibé, comportement ou pensées hyperactifs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Sentiment (chronique) de vide | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Pas clair |

Fréquence des problèmes d'humeur dans le passé

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Est-ce que les tentatives de suicide étaient associées à des symptômes dissociatifs?

Oui Non Pas clair

Si oui

- Amnésie
 Dépersonnalisation
 Déréalisation
 autre _____

Est-ce que d'autres problèmes d'humeur sont associés à des symptômes dissociatifs?

Oui Non Pas clair

Si oui

- Amnésie
 Dépersonnalisation
 Déréalisation
 Autre _____

Pour l'interviewer lorsqu'il évalue les problèmes d'humeur:

Les problèmes d'humeur, des changements d'humeur particulièrement rapides, mais également des épisodes dépressifs, peuvent se produire dans le contexte d'un trouble dissociatif ou d'un PTSD complexe. En plus d'un trouble dissociatif il peut y avoir des troubles comorbides, comme la dépression, le trouble bipolaire, ou le trouble de personnalité borderline. Si les diagnostics ne sont pas clairs il est conseillé de procéder à un examen diagnostique plus étendu sur le trouble d'humeur potentiel.

Evaluation des problèmes de régulation d'affect

Il y a des problèmes de régulation d'affect dans le présent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Facilement perturbé par de petits problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Difficultés à se calmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Problèmes à contrôler des sentiments (extrêmes) de tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Problèmes à contrôler des sentiments (extrêmes) de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Sentiment d'engourdissement ou d'évitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair

Fréquence des problèmes de régulation d'affect dans le présent	<input type="checkbox"/>	Rarement
	<input type="checkbox"/>	Occasionnellement
	<input type="checkbox"/>	Mensuellement
	<input type="checkbox"/>	Quotidiennement/ hebdomadaire
	<input type="checkbox"/>	Pas clair

Il y a eu des problèmes de régulation d'affect dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Facilement perturbé par de petits problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Difficultés à se calmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Problèmes à contrôler des sentiments (extrêmes) de tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Problèmes à contrôler des sentiments (extrêmes) de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Sentiment d'engourdissement ou d'évitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair

Fréquence des problèmes de régulation d'affect dans le passé	<input type="checkbox"/>	Rarement
	<input type="checkbox"/>	Occasionnellement
	<input type="checkbox"/>	Mensuellement
	<input type="checkbox"/>	Quotidiennement/ hebdomadaire
	<input type="checkbox"/>	Pas clair

4 ANXIÉTÉ ET PANIQUE

1. En general êtes-vous une personne anxieuse?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

2. Avez-vous déjà souffert de peurs spécifiques ou de phobies?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous les décrire?

3. Avez-vous déjà souffert d'attaques de paniques (soudaine)?

Oui

Non

Pas clair

Si oui:

a. Pouvez-vous décrire de telles attaques de panique?

b. Est-ce que les attaques de panique sont accompagnées de plaintes physiques comme des palpitations, la transpiration, l'hyperventilation?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous les décrire?

Expériences - questions 1 - 3

4. Concernant votre vécu de peur, d'anxiété, de phobie (mentionnez l'expérience que le client a décrite),
a. Quand avez-vous vécu cela pour la première fois?

b. Combien de fois cela s'est produit?

- Rarement
- Occasionnellement
- Mensuellement
- Quotidiennement/
hebdomadaire
- Pas clair

5. Est-ce que vous évitez parfois certaines situations ou lieux par peur?

- Oui
- Non
- Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

6. Y a-t-il d'autres choses que vous évitez par peur?

- Oui
- Non
- Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

7. Avez-vous parfois eu des images effrayantes ou des pensées qui se pressent dans votre esprit de manière répétée?

- Oui
- Non
- Pas clair

Si oui: Pouvez-vous comprendre ces images ou ces pensées?

8. Avez-vous parfois des flashbacks d'expériences précédentes?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

9. Est-ce que vous souffrez parfois de

- Agitation
- Hyper-vigilance
- Circonspection
- pensées ou actions compulsives

Oui Non Pas clair
 Oui Non Pas clair
 Oui Non Pas clair
 Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Expériences - questions 6 - 9

10. Concernant votre vécu (mentionnez l'expérience que le client a décrit dans la question 6-9),

a. Quand avez-vous vécu cela pour la première fois?

b. Combien de fois cela s'est-il produit?

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Evaluation des plaintes d'anxiété/panique

Il y a des plaintes d'anxiété/panique dans le présent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> plaintes de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Phobie(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> plaintes de PTSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> pensées compulsives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> actions compulsives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair

Fréquence de plaintes d'anxiété/panique dans le présent	<input type="checkbox"/>	Rarement
	<input type="checkbox"/>	Occasionnellement
	<input type="checkbox"/>	Mensuellement
	<input type="checkbox"/>	Quotidiennement/ hebdomadaire
	<input type="checkbox"/>	Pas clair

Il y a des plaintes d'anxiété/panique dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Plaintes de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Phobie(s))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> plaintes d'ESPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> pensées compulsives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> actions compulsives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair
<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Pas clair

Fréquence de plaintes d'anxiété/panique dans le passé	<input type="checkbox"/>	Rarement
	<input type="checkbox"/>	Occasionnellement
	<input type="checkbox"/>	Mensuellement
	<input type="checkbox"/>	Quotidiennement/ hebdomadaire
	<input type="checkbox"/>	Pas clair

5 COMPORTEMENTS AUTO-DESTRUCTEURS

Pour l'interviewer:

Si un comportement d'auto-mutilation ou un autre comportement d'auto-destruction est mentionné, il est conseillé de vérifier si de l'amnésie ou de la dépersonnalisation se produit avant, durant, ou après le comportement auto-destructeur. Par exemple: un individu peut décrire être en dehors de son corps et le regarder avec distance pendant qu'il se mutile.

1. Vous êtes-vous déjà vous-même blessé ou fait mal volontairement, comme vous brûler ou vous couper ou vous taper la tête contre le sol ou contre le mur? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Si pas: Continuer à la question 3

- a. Est-ce que vous êtes conscient de ce que vous faites lorsque vous vous blessez? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

- b. Est-ce que vous sentez que vous pouvez contrôler votre comportement? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ceci?

2. Cela se passe-t-il parfois que vous n'avez aucun souvenir du tout de vous être blessé vous-même mais que vous découvrez par après que cela a dû se passer? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

3. Faites-vous parfois d'autres choses dangereuses ou auto-destructrices?

Oui

Non

Pas clair

Si oui:

a) Qu'avez-vous vécu?

- rouler en causant des dégâts
- dépenser trop d'argent
- sexe sans précautions
- sexe lorsque vous ne voulez pas
- autre _____

b) Pouvez-vous décrire cette expérience?

4. Y a-t-il d'autres situations dans lesquelles vous ne prenez pas soin de vous? (par ex. Manquer de faire des choses qui sont nécessaires pour votre santé ou votre bien-être)

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

5. Concernant votre expérience (*mentionnez l'expérience que le client a décrit dans la question 1-4*),

c. Quand avez-vous vécu cela pour la première fois?

d. Combien de fois cela se produit?

Rarement

Occasionnellement

Mensuellement

Quotidiennement/
hebdomadaire

Pas clair

Evaluation du comportement auto-destructeur

Il y a un comportement auto-destructeur dans le present

Oui Non Pas clair

auto-mutilation

Oui Non Pas clair

comportement à risque

Oui Non Pas clair

Auto-négligence

Oui Non Pas clair

Autre _____

Oui Non Pas clair

Fréquence du comportement auto-destructeur dans le présent

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Est-ce que le comportement auto-destructeur est associé à des symptômes dissociatifs, durant, ou avant l'événement?

Oui Non Pas clair

Si oui

- Amnésie
- Dépersonnalisation
- Déréalisation

Il y a eu des comportements auto-destructeurs dans le passé

Oui Non Pas clair

automutilation

Oui Non Pas clair

comportement à risque

Oui Non Pas clair

Auto-négligence

Oui Non Pas clair

Autre _____

Oui Non Pas clair

Fréquence du comportement auto-destructeur dans le passé

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Est-ce que le comportement auto-destructeur était associé à des symptômes dissociatifs?

Oui Non Pas clair

Si oui

- Amnésie
- Dépersonnalisation
- Déréalisation
- autre

6 PROBLEMES D'AUTO PERCEPTION ET D'IMAGE DE SOI

1. Quels sont en général vos pensées et sentiments sur vous-mêmes?

Pouvez-vous décrire ces perceptions de vous même?

2. Y a-t-il une différence entre vos pensées sur vous - même et ce que les gens pensent de vous?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

3. Avez-vous parfois honte de vous-même?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

4. Avez-vous parfois de tels sentiments négatifs sur vous

a. Que vous ne voulez pas que les gens apprennent à mieux vous connaître ?

Oui Non Pas clair

b. Que vous préférez vous cacher ou éviter d'autres personnes?

Oui Non Pas clair

c. Que vous préférez vous cacher de vous même ou vous éviter?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

5. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous êtes un profane total, que vous ne faites pas partie, ou êtes complètement différent que n'importe qui d'autre? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

6. Est-ce que vous vous sentez parfois sérieusement coupable? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

7. Avez-vous le sentiment que vous pouvez en général influencer ce qui se passe dans la vie quotidienne? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

8. Avez-vous le sentiment que vous vous sentez généralement très démuni dans la vie quotidienne? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Evaluation des problèmes d'auto-perception et d'image de soi

Il y a des problèmes d'auto -perception dans le présent

Oui Non Pas clair

- image de soi négative
- Honte
- Sentiments d'être isolé
- Culpabilité
- Impuissance
- Autres _____

Il y a eu des problèmes d'auto -perception dans le passé

Oui Non Pas clair

- Image de soi négative
- Honte
- Sentiments d'être isolé
- Culpabilité
- Impuissance
- Autres _____

7 PROBLEMES DANS LES RELATIONS AUX AUTRES

1. Avez-vous des relations stables et constantes avec d'autres personnes? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
2. Avez-vous déjà eu des difficultés à faire confiance en d'autres personnes? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
3. Evitez-vous des relations (proches) avec d'autres personnes? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
4. Avez-vous déjà eu des difficultés à faire face à des conflits dans vos relations avec d'autres personnes? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

5. Pensez-vous que vous vous sentez plus blessé dans des conflits relationnels que ce que d'autres personnes semblent sentir? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

6. Avez-vous parfois le sentiment que les gens vous blessent intentionnellement? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

7. Avez-vous peur que d'autres personnes vont vous quitter? Oui Non Pas clair

Si oui:

a. Pouvez-vous décrire cela?

b. Que faites-vous pour éviter cela?
Pouvez-vous décrire?

8. Vous sentez-vous fort dépendant d'autres personnes? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Evaluation des relations aux autres personnes

Il y a des problèmes dans la relation avec les autres personnes dans le présent

Oui Non Pas clair

- Relations instables
- Difficultés à faire confiance aux gens
- Evitement de relations proches
- Difficultés à gérer les conflits interpersonnels
- Peur de l'abandon
- Idéation paranoïde
- Autre _____

Il y a eu des problèmes dans la relation aux autres dans le passé

Oui Non Pas clair

- Relations instables
- Difficultés à faire confiance aux gens
- Evitement de relations proches
- Difficultés à gérer les conflits interpersonnels
- Peur de l'abandon
- Idéation paranoïde
- Autre _____

8 PROBLÈMES AVEC LA SEXUALITÉ

Pour l'interviewer

Les patients avec un ESPT complexe ou des troubles dissociatifs ont souvent des problèmes sexuels résultant de leur traumatisation précoce. Des questions concernant ce sujet peuvent causer du stress ou de la tension. Utilisez votre jugement clinique pour décider s'il est conseillé de poser ces questions maintenant ou de les sauter. Vous pouvez toujours les poser dans une phase ultérieure du processus de traitement.

1. Est-ce que cela vous embête lorsque vous êtes touché physiquement par quelqu'un que vous connaissez bien?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

2. Est-ce que cela vous embête si un partenaire vous touche sexuellement?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

3. Est-ce que vous évitez de penser au sexe?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

4. Est-ce que vous essayez d'éviter des relations sexuelles?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

5. Est-ce que vous pensez plus à des choses sexuelles que ce que vous ne voulez? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
6. Avez-vous parfois été embeté par des pensées sur le sexe et / ou des relations sexuelles? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
7. Est-ce que vous essayez d'éviter de penser au sexe? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
8. Avez-vous déjà eu un contact sexuel et/ou une relation sexuelle sans vraiment le vouloir? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?
9. Vous êtes-vous déjà senti confus quant à votre identité sexuelle? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Evaluation des problèmes avec la sexualité

Il y a des problèmes de sexualité dans le présent

Oui Non Pas clair

- Evitement de contact physique
- Evitement d'être touché sexuellement
- Evitement de relation sexuelle
- Préoccupation sexuelle et / ou de relation sexuelle
- Contact sexuel non désiré
- Problèmes d'identité sexuelle
- Autre _____

Il y a des problèmes de sexualité dans le passé

Oui Non Pas clair

- Evitement de contact physique
- Evitement de contact sexuel
- Evitement de relation sexuelle
- Préoccupation sexuelle et / ou la relation sexuelle
- Contact sexuel non désiré
- Problèmes d'identité sexuelle
- Autre _____

PARTIE 4 - SYMPTÔMES PSYCHOFORMES DISSOCIATIFS

1 AMNÉSIE PSYCHOGÈNE

Pour l'interviewer

On rencontre des problèmes de mémoire ou d'oubli assez communément dans différents troubles psychiatriques (par exemple lorsque les gens sont fatigués, stressés ou dépressifs). Il est important de distinguer l'oubli ordinaire et les comportements complexes fait dans un état dissociatif et pour lesquels les patient ont une amnésie. Ce qui n'est pas toujours facile parce que les patients avec un troubles dissociatifs peuvent être inconscients de l'amnésie ou minimaliser ou même nier leurs symptômes d'amnésie. Ils peuvent aussi avoir beaucoup de honte à cause de leurs problèmes de mémoire. Il peut y avoir une perte de mémoire tant pour des comportements négatifs ou honteux que pour des comportements neutres et positifs.

Pour plus de détails vérifier svp l'évaluation à la fin de ce chapitre.

1. Avez-vous généralement une bonne mémoire? Oui Non Pas clair
Si non: Pouvez-vous décrire vos difficultés de mémoire?

2. Y a-t-il parfois des périodes durant lesquelles vous avez des difficultés de vous rappeler de ce que vous avez fait durant la journée? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous les décrire?

3. Avez-vous déjà eu ce sentiment qu'il y avait des trous dans votre mémoire? Oui Non Pas clair
Si oui:
 - a. Pouvez-vous décrire cela?

- b. Est-ce que ceci concerne principalement des trous dans vos souvenirs du passé?
Pouvez-vous décrire cela?
- Oui Non Pas clair

- c. Avez-vous des trous de mémoire maintenant?
Si oui: pouvez-vous donner un exemple?
- Oui Non Pas clair

- Combien de fois avez-vous ces problèmes de mémoire?
(questions 2-3)
- Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

4. Vous est-il déjà arrivé que vous vous trouviez à un endroit et que vous ne vous rappeliez pas comment vous étiez arrivé là (autrement qu'à cause du fait d'être sous influence de substances)?
Si oui: Pouvez-vous décrire ce qui s'est passé?
- Oui Non Pas clair

5. Est-ce qu'on vous a déjà raconté qu'on vous avait vu ou que vous aviez été quelque part sans vous rappeler vous-même d'avoir été là? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire ce qui s'est passé?

6. Avez-vous déjà eu des indications ou trouvé la preuve que vous avez dû avoir fait des choses dont vous ne vous rappelez pas? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

7. Avez-vous déjà oublié des informations personnelles importantes, comme votre adresse, votre nom, votre âge? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

8. Lorsque vous avez des problèmes de mémoire, est-ce que vous pouvez habituellement découvrir par après ce que vous avez fait? Oui Non Pas clair

Si oui:

- a. Pouvez-vous décrire comment vous faites cela?

- b. Est-ce que vous avez déjà vécu l'expérience que vous êtes complètement incapable de vous rappeler de certains événements dont vous savez qu'ils ont dû se passer? Oui Non Pas clair
- c. Est-ce que des souvenirs non voulus se présentent-ils de manière inattendue malgré que vous voulez les éviter? Oui Non Pas clair
- d. Est-ce que vous êtes vous soudainement rappelé un souvenir que vous aviez complètement oublié? Oui Non Pas clair
9. Est-ce que vos problèmes de mémoire ne se produisent qu'uniquement après avoir utilisé de l'alcool, de la drogue ou des médicaments? Oui Non Pas clair
10. Est-ce que vos problèmes de mémoire se produisent-ils particulièrement en relation avec de la tension, du stress ou de la confusion? Oui Non Pas clair
11. Est-ce que vos problèmes de mémoire se produisent-ils également lorsqu'il n'y a aucun des problèmes mentionnés ci dessus (questions 9 et 10)? Oui Non Pas clair
- (Expériences - questions 4 - 11)
- Combien de fois cela se produit-il? Rarement Occasionnellement Mensuellement Quotidiennement/ hebdomadaire Pas clair

Evaluation de l'Amnésie:

Le patient décrit des symptômes actuels d'amnésie dissociative

Oui Non Pas clair

Fréquence de l'amnésie dissociative

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Le patient décrit seulement des symptômes d'amnésie dissociative dans le le passé (par ex des parties de son enfance)

Oui Non Pas clair

Fréquence de l'amnésie dissociative

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Aspects que l'on doit considérer pour le diagnostic différentiel

- Le patient décrit clairement "perdre des périodes de temps"
- Les problèmes de mémoire semblent être connectés à des épisodes de dépersonnalisation ou de stress; c'est principalement une question de sens du temps perturbé ou de ne pas faire attention.
- Les problèmes de mémoire semblent être connectés avec d'autres troubles psychiatriques comme la dépression, la psychose ou l'épisode maniaque.
- Les problèmes de mémoire semblent être de nature neurologique
- L'amnésie n'est que la résultante de l'utilisation de drogue, d'alcool et de médicament
- Autre

La qualité des exemples dans ses propres mots

- Le patient donne des exemples clairs d'amnésie dans le présent
- Les exemples semblent superficiels ou des histoires 'sorties d'un livre'
- Les exemples sont dramatiques/exagérés
- Les exemples concernent uniquement des comportements "négatifs ou honteux"
- Les exemples concernent également des comportements évalués comme neutres ou positifs

Présentation d'exemples:

- Une tension, malaise, détresse et/ou conflit intérieur observable verbalisé ou non verbal.
- Le patient a clairement un problème concernant le sujet de l'amnésie, perd contact, oublie des questions, n'est pas tout à fait présent
- Le patient donne des exemples mais semble aussi les atténuer, les minimiser ou les rationaliser, ou a une attitude de "belle indifférence"
- Le patient désire fortement parler de ce sujet; le sujet ne semble pas éveiller des tensions.
- Le patient est irrité et en colère lorsque l'interviewer demande plus de clarification ou plus d'exemples. L'attitude du patient est que l'interviewer devrait croire qu'il y a de l'amnésie; en continuant le questionnement le patient sent qu'il n'est "pas pris au sérieux".

2 DÉPERSONNALISATION

Pour l'interviewer:

La dépersonnalisation concerne des expériences/symptômes qui sont difficiles à décrire. En plus c'est un symptôme assez commun qui peut faire partie de nombreux troubles psychiatriques et pas seulement dans les troubles dissociatifs. Une fois de plus demandez au patient de décrire l'expérience dans ses propres mots le plus que possible.

1. Vous êtes-vous déjà senti irréel?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

2. Est-ce que vous vous êtes déjà senti comme agissant comme un robot ou un automate?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

3. Est-ce que vous sentez parfois que vous n'êtes pas vraiment là, que vous n'êtes pas complètement présent?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

4. Avez-vous eu l'expérience que vous étiez comme dans un état de transe?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

5. Combien de fois avez-vous ces expériences mentionnées plus haut? (Expériences - question 1-4)

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Pour l'interviewer:

Les patients avec un trouble dissociatif complexe comme le TID ou TDNS décrivent souvent être capables de s'observer à distance en dehors d'eux-mêmes. Par exemple ils se voient faire du shopping ou accomplir une série d'actions alors qu'ils sont debout à côté de ou en dehors d'eux-mêmes durant ces actions.

Vérifiez si ce patient décrit uniquement de la dépersonnalisation comme évitement d'un comportement négatif, ou si la personne est aussi dépersonnalisée durant un comportement neutre et positif.

6. Avez-vous déjà eu l'impression que vous vous regardiez vous-même à distance? Oui Non Pas clair

Si oui:

- a. Pouvez-vous décrire cela?

- b. Est-ce que vous vous regardiez à partir d'un point en dehors de vous -même? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

- c. Vous êtes vous déjà senti uni-dimensionnel ou comme un "carton"? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

- d. Avez-vous déjà senti comme si vous étiez profondément à l'intérieur de vous-même et que vous regardiez votre vie à l'extérieur?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

7. Avez-vous déjà eu le sentiment que votre corps ou une partie de votre corps était plus grand ou plus petit? Par exemple vos jambes ou vos bras?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

8. Avez-vous déjà vécu de regarder dans le miroir et de ne pas vraiment vous reconnaître?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

9. Combien de fois avez-vous ces expériences mentionnées ci-dessus? (Expériences - question 5-7)

Rarement

Occasionnellement

Mensuellement

Quotidiennement/
hebdomadaire

Pas clair

10. Est-ce que ces expériences se produisent-elles à la suite de prise de

a. alcool, de drogue ou médicaments prescrits?

Oui

Non

Pas clair

b. Est-ce que ces expériences se produisent seulement lorsque vous êtes

Sous pression

Fatigué

Découragé

Confus

Malade

Anxieux

Autre

c. Est-ce que ces expériences se produisent-elles aussi lorsque vous ne souffrez pas d'une de ces plaintes mentionnées ci-dessus (Questions a et b)?

Oui

Non

Pas clair

11. Est-ce que ces expériences mentionnées ci-dessus sont aussi accompagnées d'un sens perturbé du temps?

Oui

Non

Pas clair

12. Est-ce votre expérience inclut-elle des situations comme:

- Rester assis pendant des heures en regardant dans l'espace sans penser?
- En étant totalement absorbé dans vos pensées, sans avoir conscience de longs intervalles de temps?
- Etre confus concernant le temps ou la date?
- autre

Evaluation de la dépersonnalisation

Symptômes de dépersonnalisation dans le présent

Oui Non Pas clair

Fréquence de dépersonnalisation dans le présent

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Symptômes de dépersonnalisation dans le passé

Oui Non Pas clair

Fréquence de dépersonnalisation dans le passé

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Aspects qui doivent être pris en considération pour le diagnostic différentiel

- Les symptômes se produisent uniquement dans le contexte d'un autre trouble psychiatrique (comme le trouble de l'humeur, le trouble psychotique, le trouble anxieux, le trouble borderline)
- Les symptômes semblent être avant tout connectés à de la tension, du stress, la maladie, de la fatigue ou de l'anxiété
- Les expériences de dépersonnalisation sont accompagnées par de l'amnésie ou un sens perturbé du temps. Par exemple le patient peut s'asseoir et fixer pendant des heures en n'ayant pas le sens du temps qui s'écoule.

3 DÉRÉALISATION

1. Avez-vous déjà eu le sentiment que votre entourage familial ou les gens que vous connaissez bien vous semblaient étranges ou irréels?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

2. Avez-vous déjà eu le sentiment que votre entourage ou les gens autour de vous semblaient vagues, comme si vous étiez en train de regarder à travers une sorte de brouillard?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

3. Avez-vous des difficultés à reconnaître votre propre maison ou votre propre rue?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

4. Combien de fois ces expériences (mentionnées dans la question 1 - 3) se produisent-elles?

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

5. Avez-vous parfois difficile à reconnaître un bon ami ou membre de la famille? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

6. Êtes-vous parfois confus sur ce qui est réel et ce qui ne l'est pas dans votre environnement? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

7. Êtes-vous parfois confus entre ce qui est vrai à l'extérieur et vrai à l'intérieur? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

8. Est-ce que ces expériences se produisent-elles seulement en conséquence d'une prise de
- a. Alcool, de drogues ou de médicaments prescrits? Oui Non Pas clair
 - b. Est-ce que ces expériences se produisent-elles seulement lorsque vous êtes sous pression Fatigué Découragé Confus Malade Anxieux Autre
 - c. Est-ce que ces expériences se produisent-elles lorsque vous ne souffrez d'aucune de ces plaintes mentionnées ci-dessus (en 8a et b)? Oui Non Pas clair
 - d. Est-ce que ces expériences se produisent-elles toujours quand vous vous sentez étranger à vous-même? Oui Non Pas clair
 - e. Est-ce que ces expériences se produisent-elles indépendamment de ce sentiment? Oui Non Pas clair

Evaluation de la déréalisation

Symptômes de déréalisation dans le présent

Oui Non Pas clair

Fréquence de la déréalisation dans le présent

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Symptômes de déréalisation dans le passé

Oui Non Pas clair

Fréquence de la déréalisation dans le passé

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Aspects qu doivent être pris en considération pour le diagnostic différentiel

- Les symptômes se produisent uniquement dans le contexte d'un autre trouble psychiatrique (comme le trouble de l'humeur, le trouble psychotique, le trouble anxieux)
- Les symptômes semblent être avant tout connectés à de la tension, du stress, la maladie, de la fatigue ou de l'anxiété
- La déréalisation uniquement comme conséquence d'alcool, de drogue ou de médicament

4 PROBLÈMES D'IDENTITÉ

Pour l'interviewer:

De nombreux patients ayant un trouble de personnalité ou des problèmes névrotiques ont des problèmes d'identité. Toutefois, il y a des différences qualitatives dans les problèmes d'identité chez les patients avec un TID ou un TDNS. Il est important de réaliser que des questions sur les problèmes d'identité peuvent évoquer des réponses "sorties d'un livre" de patients qui sont sensibles aux suggestions ou qui pensent qu'ils ont un TID, ou imitent un TID. Ils ont des tensions non apparentes concernant leur problèmes d'identité, et offrent souvent (superficiellement ou exagérément) des exemples non sollicités sur des parties (dissociatives) de la personnalité. Le comportement négatif ou indésirable peut aussi être attribué à d' "autres" parties de la personnalité.

D'autre part, les patients avec un TID ou un TDNS (spécifiquement s'ils ne sont pas encore traités ou n'en ont pas encore parlé avant) auront typiquement des difficultés avec cette partie de questionnaire. Ces questions donne souvent lieu à beaucoup de tension et d'anxiété et il se peut même qu'il ne soit plus possible de continuer le questionnaire en profondeur.

1. Êtes-vous parfois peu sûr de vous ou sur vos désirs ou préférences? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

2. Êtes-vous parfois pas sur ou confus sur qui vous êtes vraiment? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

a) N'êtes-vous pas certain et confus sur qui vous êtes vraiment? Oui Non Pas clair

b) Est-ce que vous n'êtes pas certain ou confus sur qui vous aimeriez être ou devriez être? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

3. Avez-vous fortement tendance à vous ajuster aux attentes des autres? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

4. Combien de fois êtes-vous confus sur qui vous êtes vraiment? Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

5. Avez-vous déjà eu le sentiment qu'il y avait une lutte à l'intérieur de vous-même ou que vous avez de forts sentiments d'ambivalences ou de conflits? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

6. Est-ce que vous vivez une ambivalence ou une lutte

Oui

Non

Pas clair

- Entre deux opinions ou pensées
- entre plusieurs opinions ou pensées

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Pour l'interviewer.

Les patients avec un trouble dissociatif décrivent fréquemment une lutte entre différentes parties de leur personnalité qui est différente de la polarisation bonne/mauvaise que l'on retrouve chez les borderlines. Les patients peuvent aussi souvent entendre le conflit comme une bataille entre différentes voix dans leurs têtes. Un conflit interne peut aussi se produire suite aux questions parce qu'il y a typiquement des interdictions internes sur la discussion de l'existence de parties. La tension ou le conflit est souvent évident à travers le comportement nonverbal. Par exemple.

(1) Le patient devient plus agité, plus anxieux

(2) Le patient a l'air d'écouter des voix dans sa tête

(3) Le patient n'arrive pas à suivre la conversation / perd le contact / oublie une question.

7. Vous êtes-vous déjà comporté d'une manière qui plus tard vous surprenait?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Pour l'interviewer:

Vérifiez que ces exemples incluent le comportement complexe (aussi neutre ou positif) ou juste de la rage dissociée ou certaines actions ou impulsions négatives, par exemple comme dans le trouble de personnalité borderline.

8. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous jouiez un rôle ou une scène? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Est-ce que vous sentez que vous avez le contrôle des "rôles" que vous jouez ou est-ce que ce comportement est en dehors de votre contrôle?

- le rôle est sous contrôle
- Le comportement est en dehors de mon propre contrôle
- Les deux (parfois l'un, parfois l'autre)

9. Est-ce qu'on vous a déjà dit que les gens étaient surpris (de vos changements) de votre comportement? Oui Non Pas clair

Si oui:

- a. Pouvez-vous décrire ce qui s'est passé ou ce qu'on vous a dit?

- b. Est-ce que vous vous rappelez avoir fait ou dit ce que les gens ont dit que vous faisiez? Oui Non Pas clair

10. Vous êtes-vous déjà senti ou comporté comme un enfant? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Pour l'interviewer:

Faites la distinction entre des désirs de régression et des parties réellement dissociées de la personnalité. Particulièrement des patients avec un sérieux trouble de personnalité (mais pas un TID) et une histoire de négligence émotionnelle qui veulent encore toujours être petits, être consolé etc et ne veulent pas prendre de responsabilité d'adulte. Les patients adultes avec un TID sont habituellement très anxieux et évasifs sur les 'parties enfants' (associé à de la honte et/ou du dégoût)

11. Avez-vous sérieusement manqué d'attention étant enfant?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

12. Est-ce que vous sentez parfois que vous aimeriez être à nouveau un enfant, libre des responsabilités d'adulte pour un moment?

Oui

Non

Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Pour l'interviewer:

Bien que des parties de personnalité dans le TID ou le TDNS ont parfois des préférences ou des styles de vie différents, elles vont habituellement faire de leur mieux pour cacher ceci autant que possible du monde extérieur (par exemple s'habiller de la même manière autant que possible). Seulement dans des situations où cela ne semble pas "maladapté" le style pourrait être différent. A nouveau, la dissimulation est une dynamique importante dans la plupart des patients ayant un TID ou TDNS. Une exception possible se produit dans un petit pourcentage de patients avec un TID/TDNS qui ont également une personnalité histrionique

(seulement entre 4% et 6% de tous les patients avec un TID /TDNS)

13. Pensez-vous que votre goût ou votre style de vie varie parfois fortement? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

14. Est-ce que vous achetez parfois de manière impulsive? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela

15. Est-ce que vous rendez parfois des achats si vous n'en êtes pas satisfait par après? Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Est-ce que cela se passe souvent? Oui Non Pas clair

Pour l'interviewer:

Questionner de manière approfondie sur des voix peut éveiller énormément de tension et d'anxiété chez les patients avec un TID ou un TDNS. S'il y a une tension vraiment apparente ou si le patient commence à se dissocier, cela peut-être préférable de ne pas continuer de manière approfondie pour ce moment-là, ceci pour aider le patient à garder sa stabilité. Parfois l'influence de voix a déjà été discutée ou observée à un stade précédent de l'interview. Il est en plus important de vérifier si le 'test de réalité' est intact lorsqu'il entend des voix, c'est-à-dire est-ce que le patient réalise que les voix viennent de l'intérieur et non de la radio par exemple? Des voix dissociatives peuvent être engagées dans un dialogue actif par le patient et le thérapeute. Ou alors une partie dissociative peut dire "je ne veux pas vous parler!". En d'autres mots, ces parties sont interactives, elles ont des pensées et des sentiments et ne sont pas juste des pensées persévérantes dans l'esprit du patient.

5 SYMPTÔMES SCHNEIDERIENS

Plus tôt nous avons parlé d'ambivalence et de varier les opinions et les pensées

1. Pouvez-vous décrire votre expérience de dialogue intérieur concernant des conflits intérieurs ou des différences d'opinions ou de pensées?

2. Pouvez-vous entendre de telles discussions comme si vous étiez en train d'écouter des voix ou est-ce que c'est plus comme des pensées?

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Entendu comme des voix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> | Comme des pensées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Oui | Non | Pas clair |

3. Y a-t-il une discussion intérieure qui se passe durant cette interview?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Pouvez-vous décrire cela?

4. Est-ce que vous entendez parfois une voix dans votre tête qui commente ce que vous faites ou qui vous donne des ordres?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

Si oui:

a) Entendez-vous parfois des voix critiquantes ou punissantes?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

b) Est-ce que vous entendez parfois des voix d'enfant ou des voix qui pleurent?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

c) Entendez-vous d'autres voix qui sont plutôt soutenantes?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Non | Pas clair |

d) Pouvez-vous décrire quel type de commentaire ou d'ordre on vous donne?

Si le patient entend des voix

5. Entendez-vous une ou plusieurs voix?

One several Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

6. Est-ce que ces voix parlent aussi de vous entre elles sans votre participation?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

S'il n'est pas clair d'où proviennent les voix

7. Avez-vous déjà entendu des voix en dehors de vous-mêmes?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

8. Est-ce que d'autres gens peuvent également entendre vos voix?

Oui Non Pas clair

Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

9. Pensez-vous que les voix peuvent également parler avec d'autres personnes en dehors de vous, par exemple avec un ami? Oui Non Pas clair
- Si oui: décrivez svp:*

10. Avez-vous déjà ressenti que votre comportement était influencé par quelque chose d'autre qu'une voix intérieure? Oui Non Pas clair
- Si oui: Pouvez-vous décrire cela?*

Est-ce que cela semble impliquer quelque chose

- en dehors de vous-même
- à l'intérieur de vous-même
- Autre

Décrivez svp

11. Avez-vous déjà eu le sentiment d'être totalement contrôlé par une force extérieure? Oui Non Pas clair
- Si oui: Pouvez-vous décrire cela?*

12. Avez-vous déjà reçu des ordres via la télé, l'ordinateur ou d'une autre façon? Oui Non Pas clair
- Si oui: Pouvez-vous décrire cela?*

13. Avez-vous déjà eu le sentiment que des pensées étranges ou non familières sont mises dans votre esprit? Oui Non Pas clair
Que soudainement il y a des pensées dans votre tête qui ne semblent pas être les vôtres?
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

14. Avez-vous des pensées (soudaines) qui sont irrelevantes pour la situation actuelle? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

15. Avez-vous parfois le sentiment que vos pensées sont soudainement retirées de votre tête, que votre tête est tout d'un coup 'vide' Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

16. Avez-vous parfois le sentiment que vos pensées sont diffusées de telle manière que les autres personnes peuvent les entendre? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Si le patient indique qu'il entend des voix

17. Avez-vous déjà entendu des noms associés à ces voix dans votre tête? Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire cela?

Evaluation des problèmes d'identité

Il y a actuellement des problèmes d'identité

Oui Non Pas clair

Fréquence des problèmes d'identité actuels

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Il y a eu des problèmes d'identité dans le passé

Oui Non Pas clair

Fréquence des problèmes d'identité dans le passé

Rarement
 Occasionnellement
 Mensuellement
 Quotidiennement/
hebdomadaire
 Pas clair

Aspects pertinents pour l'évaluation de la qualité des problèmes d'identité

- Le patient n'est pas vraiment confus sur qui il est, mais plutôt sur qui il devrait ou aimerait être
- Le patient semble continuellement ajuster son comportement à ce que les autres attendent de lui
- Le patient décrit des sentiments subjectifs de confusion sur sa propre identité
- Le patient décrit un conflit interne: ceci concerne un conflit entre
 - Deux parties polarisées de la personnalité (par exemple mauvais-bons; vie-mort; manger/ne pas manger etc.)
 - Plusieurs parties de personnalité
- Le patient joue parfois des rôles et peut parfois se perdre dans un rôle
- Le patient décrit parfois se comporter différemment, mais est conscient de cela.
- Le patient ne décrit pas de confusion quoiqu'il y ait clairement des épisodes d'amnésie et d'actions qui se déroulent dans des états de conscience altérée.
- Il y a des indications claires de l'existence de parties dissociées de la personnalité, avec ou sans amnésie ou dépersonnalisation. Exemple:
 - Il y a des exemples clairs de comportements qui n'appartiennent pas au patient et qui sont en dehors de son contrôle (comportement complexe, pas seulement des impulsions négatives)
 - Le patient a fait, acheté des choses etc. pour lesquelles il n'a pas de souvenir ou s'est rendu à des endroits sans se rappeler comment il y est arrivé.
 - Le patient a entendu d'autres personnes qu'il a été quelque part ou qu'il s'est comporté très différemment et il ne s'en rappelle pas.
 - Le patient voit ses actions à distance en dehors de lui même; il est son propre spectateur (aussi pour des comportements complexes et pas seulement pour des impulsions négatives)

Symptômes Schneiderian et des phénomènes d'influence passive

- Le patient décrit qu'il agit parfois sous l'ordre de voix; il affirme de ne pas avoir d'influence sur ces propres actions
- Le patient entend des voix dans sa tête
- Le patient entend des voix en dehors de sa tête
- Des voix à l'intérieur et à l'extérieur de soi
- Des commentaires provenant de voix
- Des ordres provenant de voix
- Une influence sur le comportement autre que par des voix (influence passive)
- Pensées insérées
- Pensées retirées
- Pensées diffusées

Test de réalité

- intact
- non intact

Problèmes d'identité semblent être accompagnés par des symptômes dissociatifs

- Oui
- Non
- Pas clair

Si oui

- Amnésie
- Dépersonnalisation
- Déréalisation
- Voix internes / dialogues
- Autre phénomènes d'influence passive

Problèmes d'identité se produit dans le contexte d'un autre trouble (psychiatrique)

- Trouble psychotique
- Trouble de l'humeur
- Trouble de personnalité
- Problèmes névrotiques
- Autre

La qualité d'exemples dans ses propres mots

- Le patient donne des exemples clairs du fait qu'il agit avec une partie dissociée de la personnalité
- Les exemples semblent superficiels ou sont des histoires 'sorties d'un livre'
- Les exemples sont histrioniques/exagérés
- Les exemples ne concernent que des comportements "négatifs ou honteux"
- Les exemples concernent aussi des comportements évalués comme neutres ou positifs

La présentation d'exemples:

- Il y a une tension et/ou du stress important
- On peut percevoir des signes non verbaux de tension ou de lutte intérieure
- Le patient a clairement des difficultés avec les questions sur les problèmes d'identité, perd contact, oublie des questions, n'est pas vraiment présent lors de l'interview, ne sait pas ou nie
- Le patient donne des exemples mais en même temps semble les atténuer, les minimaliser, les rationaliser, ou a une attitude de "belle indifférence"
- Le patient est prêt à parler du sujet ; le sujet ne semble pas faire monter la tension
- Le patient est irrité et en colère lorsque l'interviewer demande des clarifications ou plus d'exemples. Il a le sentiment que l'interviewer devrait croire qu'il y a plusieurs parties de personnalité; lors de la continuation du questionnement le patient sent qu'il "n'est pas pris au sérieux/cru"

6 QUESTIONS SUR LES PARTIES (DISSOCIEES) DE LA PERSONNALITE

Pour l'interviewer:

Uniquement dans le cas où il y a un cluster de symptômes dissociatifs comprenant une amnésie actuelle et où 'il existe également des indications de l'existence de parties de personnalité (voir sommaire) cela a un sens de poser des questions au patient de manière plus approfondie sur ces 'parties' ou 'côtés'. Si le patient n'a jamais parlé de ça auparavant ou s'il en est conscient de manière très réduite, il ne sera pas, ou alors avec grande difficulté, capable de répondre à ces questions. Comme les questions précédentes sur l'amnésie et les problèmes d'identité, ces questions peuvent donner lieu à des tensions extrêmes et il faut donc être prudent et être conscient du niveau de tolérance du patient.

Chez les patients qui imitent le diagnostic TID ou qui pensent qu'ils ont le diagnostic, il n'y a généralement pas de tension observable, mais plutôt un certain enthousiasme (et même une fierté) de parler de parties de la personnalité. Lorsqu'on continue à poser des questions de manière approfondie ou s'il y a signe de doute de l'authenticité de l'histoire de la part de l' interviewer, des réactions de colère ou d'irritation ou de vexation peuvent apparaître.

En guise d' introduction aux questions ici- bas vous pouvez référer à des exemples précédents que le patient a donné dans lesquels il y avait des indications que le patient avait agi dans une partie dissociée de la personnalité. Parfois le patient a déjà spontanément parlé d'autres parties/côtés de la personnalité et vous pouvez continuer les questions à partir de ces exemples.

1. Comment est-ce que vous remarquez qu'il y a d'autres parties de votre personnalité?

Pouvez-vous décrire cela?

2. Pouvez-vous me raconter un peu plus sur ces différents côtés de votre personnalité?

Oui

Non

Pas clair

3. de quelle manière est-ce que ces parties (aspects/côtés) diffèrent de vous? Oui Non Pas clair
- Pouvez-vous décrire cela?

4. Savez-vous si l'une ou plusieurs parties (aspects / côtés) de votre personnalité influencent vos actions sans que vous-même vous ayez le contrôle? Oui Non Pas clair
- Si oui:* Pouvez-vous décrire cela? Comment avez-vous remarqué cela?

5. Est-ce que vous considérez ces parties (aspects / côtés) comme vous appartenant ou comme complètement séparées, pas connectées à vous? Appartenant séparées Pas clair
- Si oui:* Pouvez-vous décrire cela? Comment avez-vous remarqué ces parties (aspects / côtés) de vous-même?

Pour l'interviewer.

Formellement, l'existence de parties séparées de la personnalité peut seulement être établie lorsque celles-ci ont été observées plusieurs fois par l'interviewer et lorsque la consistance des (différents) comportements a été établie. Ceci se produit rarement durant une première interview diagnostic, et est encore moins probable si le patient n'a encore jamais parlé de ces plaintes avant. Néanmoins il est important d'avoir une impression de la consistance du comportement des différentes parties (possibles) de la personnalité par exemple. Le patient indique avoir fréquemment une amnésie (partielle) au travail, bien qu'il n'y ait pas de problèmes et que le travail semble être bien réalisé. Il est plausible qu'une autre partie de la personnalité soit présente au travail.

S'il y a une forte suspicion (basée sur les réponses et la présentation de plaintes durant l'interview) que le patient pense qu'il a (ou « veut avoir ») le diagnostic de TID et imite des symptômes, quelques questions additionnelles peuvent être posées. Souvent il y a beaucoup de colère en réaction à ces questions, particulièrement si le diagnostic TID est très important à l'identité du patient. Parfois un réseau social complet a déjà été organisé autour de ce diagnostic.

7 QUESTIONS AU CAS OU IL Y A SUSPICION QUE LE TID EST IMITE (OU DIAGNOSTIC DE FAUX POSITIFS PAR UNE TIERCE PARTIE)

1. Avez-vous été diagnostiqué comme ayant un TID par un autre thérapeute / praticien médical? Oui Non Pas clair
Si oui: De quelle manière le diagnostic a-t-il été établi?

2. Y avait-il une interview formelle ou une sorte de test? Oui Non Pas clair
3. Est-ce que des thérapeutes ont jamais eu un doute sur ce diagnostic Oui Non Pas clair
Si oui: Pouvez-vous décrire ce qui a été dit?

4. Est-ce que vous-même vous pensez avoir un TID? Oui Non Pas clair
Si oui: Qu'est ce qui vous a donné cette idée?

5. Avez-vous déjà lu quelque chose sur le diagnostic de TID? Oui Non Pas clair
Si oui: Qu'avez-vous lu?

6. Avez-vous déjà rencontré d'autres personnes avec ce diagnostic? Oui Non Pas clair
Si oui: Comment avez-vous rencontré ces gens?

7. Allez-vous parfois sur internet pour regarder des choses sur le TID? Oui Non Pas clair
Si oui: Avez-vous déjà participé dans un programme de 'chat' avec des patients TID?

8. Avez-vous déjà été dans un groupe d'aide pour des patients TID? Oui Non Pas clair

9. Avez-vous des amis ou de la famille qui pensent que vous avez un TID? Oui Non Pas clair
Si oui: Pourquoi est-ce qu'ils pensent cela? Est-ce qu'ils parlent aussi ou ont avoir avec d'autres parties de votre personnalité?

10. Qu'est-ce que cela signifierait pour vous si je vous disais que je ne pense pas que vous avez un TID (ou que je doute fortement que vous ayez actuellement un TID)? Qu'est-ce que cela signifierait pour les personnes de votre entourage?

Evaluation des parties dissociatives de la personnalité

Il y a des indications de l'existence de parties dissociatives de la personnalité

Oui

Non

Pas clair

Il y a des indications de l'imitation de parties dissociatives de la personnalité

Oui

Non

Pas clair

8 LE COMPORTEMENT NON-VERBAL INDIQUANT DE LA DISSOCIATION DURANT L'INTERVIEW

Pour l'interviewer.

Pour l'évaluation finale des symptômes dissociatifs, il est important de faire attention aux réactions non-verbales durant l'interview, ainsi qu'à la qualité des réponses aux questions.

- Durant l'interview, la tension, la détresse étaient visibles
- Un état semblant à une transe était clairement perceptible durant l'interview
- Il y avait une amnésie ou de brèves absences durant l'interview
- Le patient se retire en lui-même, n'entend pas des questions, a des difficultés à suivre la conversation, oublie facilement la dernière question
- Le patient semble écouter et/ou répondre à des signes intérieurs, comme des voix
- Les mouvements corporels ou les postures du patient sont bizarres, inhabituels, ou incohérents avec le discours ou le contenu; le patient n'est souvent pas conscient de mouvements corporels ou de postures (par exemple., mettre la main à la gorge comme pour s'étouffer et sembler être inconscient de la main; mettre sa main sur la bouche pour arrêter de parler; les poings fermés alors qu'il sourit, avec peu de conscience des poings; Les yeux bougent frénétiquement comme si il cherchait une voie pour fuir le danger alors qu'il parle normalement)
- Des trous dans le discours, des formulations verbales bizarres (par exemple, "la mère morte était une grande cuisinière, comme des pommes de terre et autres choses"), l'utilisation de la troisième personne en se référant à soi-même; des histoires extrêmement tordues ou confuses: le patient ne peut par moment pas donner une histoire cohérente; flou extrême
- Des changements dans les voix ou les styles de réponse (n'oubliez pas que la plupart des patients essaient à tout prix de garder le contrôle et de montrer le moins de différences possible)
- Des réactions émotionnelles claires lors de l' interview (autre que de la colère parce que le patient a l' impression qu'on le le croit pas!)

PARTIE 5 - EVALUATION ET COTATION

1 SOMMAIRE DU FORMULAIRE DE COTATION

Pour l'interviewer:

Pour la classification de la gravité des symptômes nous avons utilisé l'échelle des critères du DSM-IV GAF.

- Mineur: quelques symptômes mineurs
(qui affectent légèrement le fonctionnement social ou professionnel)
- Modéré: symptômes modérés
(problèmes modérés dans le fonctionnement social et professionnel)
- Grave: symptômes graves
(qui peuvent sérieusement affecter le fonctionnement social et professionnel)

Supplément: Les symptômes suivants sont une évaluation de la situation actuelle. On remarque que les patients avec un TID ou un TDNS (sous-type 1 DSM-IV) sont eux-mêmes enclin à atténuer et à minimiser la gravité de leurs plaintes.

Exemple - évaluation de l'amnésie:

Graves amnésies pour des tâches liées au travail qui se produisent quotidiennement ou toutes les semaines chez un patient qui fonctionne (bien) au travail est coté comme grave (même si il n'y a pas de détérioration du fonctionnement professionnel grave perçue).

Exagération ou présentation histrionique est évaluée en tenant compte de l'impression de l'interviewer concernant la gravité (ou devrait être cotée comme pas clair si l'interviewer n'est pas certain du diagnostic)

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Plaintes physiques (général) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 2. Plaintes neurologiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 3. Plaintes gynécologiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 4. Plaintes urologiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 5. Plaintes physiques (plaintes neurologiques, gynécologiques ou urologiques) sans origine organique claire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 6. Alcool; drogue, mauvaise utilisation ou abus de médicaments prescrits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 7. Problèmes d'alimentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 8. Problèmes de sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Problèmes d'humeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 10. Plaintes d'anxiété/panique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 11. Plaintes obsessionnelles-compulsives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 12. Comportement auto-destructeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 13. Symptômes dissociatifs somatoformes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 14. Amnésie dissociative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 15. Symptômes de dépersonnalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 16. Symptômes de déréalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| 17. Problèmes d'identité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non | Pas clair |
| <input type="checkbox"/> Mineur | | | |
| <input type="checkbox"/> Modéré | | | |
| <input type="checkbox"/> Grave | | | |

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 18. Indications pour l'existence de parties (dissociées) de la personnalité | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| 19. Pseudo hallucinations, auditives: entendre des voix | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| 20. Autre "symptômes schneideriens" | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| 21. Parties de la personnalité observées par le thérapeute/consistance vérifiée | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| 22. Indications d'une imitation de TID | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| 23. Dissociation observée durant l'interview | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
| 24. Indications de symptômes d'ESPT | <input type="checkbox"/>
Oui | <input type="checkbox"/>
Non | <input type="checkbox"/>
Pas clair |
- Mineur
 - Modéré
 - Grave

2 EVALUATION DES TROUBLES DISSOCIATIFS DSM-IV

AMNÉSIE DISSOCIATIVE (300.12)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
FUGUE DISSOCIATIVE (300.13)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
TROUBLE DE DÉPERSONNALISATION (300.6)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
TROUBLE D'IDENTITÉ DISSOCIATIVE (300.14)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
TROUBLE DISSOCIATIF NON SPÉCIFIÉ (300.15)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
Si le patient remplit les critères pour le TDNS (sous-type 1):	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
1. Y a-t-il des indications de l'existence de parties dissociatives de la personnalité?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
2. Est-ce que ces parties sont bien séparées c'est à dire qu'elles pensent qu'elles sont séparées du patient?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
3. Est-ce que le patient les vit comme complètement séparées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
4. Est-ce que le patient réalise que ce sont des aspects de sa propre personnalité, mais dit qu'il ne les 'ressent pas' comme faisant partie de lui?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
5. Est-ce que des parties semblent élaborées, par exemple, noms, âges, préférences spécifiques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair

3 EVALUATION ICD-10 TROUBLE DISSOCIATIF

F44.0	Amnésie Dissociative	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.1	Fugue Dissociative	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.2	Stupeur Dissociative	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.3	Trouble de transe et de possession?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.4	Troubles moteurs dissociatifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.5	convulsions dissociatives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.6	Anesthésie dissociative et perte de perception sensorielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.7	Trouble dissociatif mixte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.8	Autre trouble dissociatif spécifié	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.80	Syndrôme de Ganser	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.81	Trouble de personnalité multiple	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.88	Autre trouble dissociatif spécifié: état mi obscure psychogène	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F44.9	Trouble dissociatif non spécifié	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair
F48.1	Trouble de dépersonnalisation / déréalisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas clair