

# Split et le Trouble Dissociatif de l'Identité

*Petite introduction...*

- **Le Trauma :**

Le **Trauma** est la réponse du corps et de l'esprit face à un événement extrêmement éprouvant ou bouleversant qui submerge les capacités naturelles de « coping » du corps.

Il cause un sentiment d'impuissance, une estime et conscience de soi diminuée, et résulte souvent en une incapacité à ressentir l'ensemble normal d'émotions et expériences de la vie.<sup>1</sup>

Le traumatisme renvoie quant à lui aux conséquences locales ou générales du trauma. Environ 70% des adultes expérimentent un trauma dans le cours de leur vie.

*Exemples de traumas (liste non exhaustive) :*

- Maltraitance infantile : négligences, violences, harcèlement.
- Violences : physiques, psychologiques, sexuelles.
- Accidents graves : catastrophe naturelle, accident de voiture, de travail, chute.

- **Le TDI/TPM : Quels clichés dans l'inconscient collectif ?**

En français, on utilise à la fois Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) et Trouble de la Personnalité Multiple pour désigner ce trouble.

En anglais, l'ancien terme : Multiple Personality Disorder a été officiellement remplacé dans l'avant dernier DSM (le DSMIV) en 2000 par le terme : Dissociative Identity Disorder (DID).



*(fait par gigi hihi)*

*Clichés ?*

Ce n'est pas : la schizophrénie, avoir des amis imaginaires, être bipolaire, le trouble de la personnalité borderline (BPD en anglais), un déguisement, rôle, jeu d'acteur, une façon d'échapper la prison ou à des responsabilités.

C'est une maladie méconnue, très stigmatisée, difficile à diagnostiquer au vu de la comorbidité avec d'autres troubles et les symptômes pouvant être interprétés comme étant d'autres maladies, mais bien **réelle** selon les études médicales.<sup>2</sup>

## ***Split, bonne représentation ou cliché ?***

### **Résumé :**

Kevin Wendell Crumb souffre d'un trouble dissociatif de l'identité. Il a 23 personnalités différentes. Selon sa psychiatre, Kevin aurait subi des maltraitances dans son enfance, et une 24ème personnalité, plus sombre et plus menaçante que toutes les autres : « la Bête », demeure encore enfouie. La situation se complique lorsque Kevin enlève trois jeunes filles...

[Interview](#) des acteurs (sous-titré Fr) et [Making off](#) du film.

### ***Le TDI : la dissociation et le trauma « à l'extrême » :***

- **La dissociation :**

Selon le DSMV : la **dissociation** est définie comme l'expérience d'une séparation fonctionnelle entre des éléments psychique ou mentaux qui sont habituellement réunis. Elle est vécue par tout le monde de façon non pathologique : lorsqu'on conduit par exemple et que l'on ne se rappelle plus comment on est arrivé à destination, ou quand quelqu'un parle et qu'on se sent partir dans ses pensées.

De façon pathologique, elle désigne un sentiment de déconnection de la réalité ou de soi qui empêche la personne de vivre normalement. C'est sa façon de prendre en compte de la réalité et son vécu qui est perturbée (pensée, jugement, sentiment), de façon temporaire ou durable. Souvent, ce mécanisme est mis en place dans le cerveau pour pouvoir supporter un traumatisme psychique. La dissociation peut donc toucher la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement, de façon plus ou moins forte, et le TDI est en fait le résultat des formes les plus sévères et extrêmes possibles de dissociation.



Les 4 classes de troubles Dissociatifs :

- L'amnésie dissociative,
- Le Trouble Dissociatif de l'Identité,
- Le trouble de Dépersonnalisation / Déréalisation (DP/DR)
- Les troubles dissociatifs non spécifiés.

- **Niveaux de dissociation :**

Il existe plusieurs manières de classer la dissociation. Dans la théorie la plus utilisée par les chercheurs à l'heure actuelle, on distingue, en fonction de leurs répercussions, 3 niveaux de dissociation structurelle traumatique (- à + forte) :

- Primaire :

Isolation de l'expérience dans la mémoire, induit les symptômes dissociatifs dans le PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) comme les flashbacks.

- Secondaire :

Désintégration de l'expérience au niveau de la mémoire, vécue avec 2 représentations du moi : un moi observant / un moi expérimentant, qui se séparent. Induit le c-PTSD (forme complexe du PTSD, induite par des traumatismes répétés), BPD (Borderline Personality Disorder) ou encore d'autres troubles dissociatifs. Ceci tient compte du prolongement de l'impact de l'expérience et de la dissociation sur la personnalité du patient, ce à long terme, en plus des symptômes dissociatifs du PTSD.

- Tertiaire :

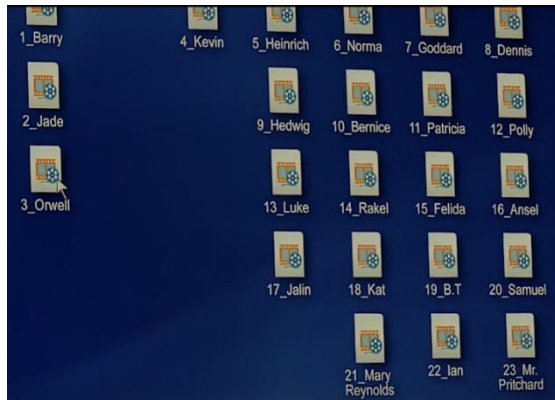
Création de « nouveaux états du moi » : création d'alters provenant d'une fragmentation de la conscience et de la mémoire de départ, le cerveau décidant de mettre de côté une partie de la mémoire pour pouvoir survivre. Se produit dans des cas extrêmes, chez des enfants ayant une capacité dissociative forte (avant 9 ans) et engendre le TDI. Le cerveau acquiert la capacité de "fragmenter la conscience" si besoin, et peut l'utiliser dans le futur pour gérer de futures situations traumatiques. En plus du PTSD. Les alters peuvent, s'ils ont subi des traumatismes, eux même subir des dissociations primaires, secondaires, tertiaires.

### ***Présentation Clinique du Trouble Dissociatif de l'Identité et Split :***

- **Amnésie :**

Amnésie *quotidienne* : perte de souvenirs quotidiens, partielle ou totale, allant au-delà de l'oubli « normal ». Typiquement, inclue l'absence de souvenirs d'avoir acheté de nouveaux objets, parlé à des gens, avoir des "blackouts" (minutes, heures, jours, années). Cela est dû à la barrière mnésique existant entre les alters.

*Ex : des étrangers qui disent te connaître et qui t'appellent par un prénom différent que le tien, des amis qui affirment que tu leur as dit quelque chose dont tu ne te rappelles pas...*



→ Dans le film, on voit le journal intime vidéo de Kevin géré par ses alters qui racontent chacun leur propre vie, ceci représente une solution pour gérer l'amnésie et augmenter la communication entre alters.

*Photo : Capture d'écran de son ordinateur avec tous les fichiers de journaux intimes vidéos des alters*

**Amnésie traumatique** : Amnésie de souvenirs plus anciens. Typiquement inclue l'absence de souvenirs du/des traumas vécus, de longues périodes de l'enfance/adolescence, de moments importants dans sa vie complètement oubliés.

→ Dans le film, il semble que certaines personnalités ne se souviennent pas de la maltraitance qu'a subit Kevin lorsqu'il était petit.

- **Dissociation** :

Ce groupe de symptômes est surtout présent pendant des switches, c'est-à-dire le passage d'un alter à un autre, ou lors de crises d'angoisses liées au PTSD. Il peut être distingué en 2 catégories :

- **Déréalisation** :

Avoir l'impression que le monde est irréel, qu'il est une simulation (*comme si on se sentait dans la Matrice de Matrix, le cerveau relié à une machine qui simule tout*), ou qu'on vit la vie comme si c'était un film et non la réalité.

- **Dépersonnalisation** :

Avoir l'impression de pas reconnaître son corps comme étant le sien, d'être un robot/pantin insensible et contrôlé par quelque chose d'externe, ou de se voir vivre à la troisième personne (*comme si on était sorti de notre corps*)

→ Beaucoup moins présent/montré dans le film qu'en réalité, donc très loin de la réalité. Il y est cependant montré la possibilité de crise dissociative comme le "rapid switching" : à la suite d'un trigger ou d'un stress, une crise dissociative faisant perdre le contrôle à l'alter présent peut arriver.



Si aucun alter n'arrive à prendre le contrôle totalement ensuite, plusieurs switches involontaires se succéderont rapidement, entraînant une grosse instabilité, ce pendant quelques minutes dans le film, pouvant aller à plusieurs heures en réalité.

*(fait par Gigi - j'ai vu j'ai pas résisté)*

- **Présence de 2 états de consciences (ou +) :**

On peut mesurer l'individualité des états de conscience en remarquant les changements drastiques entre ces consciences, c'est-à-dire un changement concernant : les goûts vestimentaires, musicaux, artistique, le prénom, la façon de se tenir, parler, réagir, les aptitudes physiques ou mentales (régression / augmentation de l'âge, possibilité de parler une langue / apprentissage différent, mémoire, maladies, QI...).

En clinique, on évalue cette différence en s'assurant de la présence de barrières mnésiques entre alters : on s'assure que certains revendiquent ne pas se souvenir de certaines choses vécues par d'autres, et que les souvenirs rapportés par ceux ayant vécu l'évènement sont vrais. Cependant, il existe un autre trouble dissociatif comprenant des alters, sans ces barrières mnésiques : un des troubles dissociatifs non spécifiés plus connu sous son nom anglais : OSDD Type 1b.



→ Dans le film, Jade est la seule des alters qui est diabétique, Kevin est un alter de seulement 9 ans, la bête serait un alter avec des aptitudes physiques extraordinaires.

*Photo : Jade tenant une seringue d'insuline qu'elle vient de s'injecter.*

- **Symptômes classiques du PTSD :**

On retrouve souvent, surtout chez les alters ayant souvenirs du/des événements traumatiques, les symptômes du PTSD. Ils regroupent les symptômes persistants : la reviviscence de l'évènement avec les flashbacks ou les cauchemars, l'hyperstimulation avec l'hypervigilance, l'angoisse, l'évitement de ce qui rappelle l'évènement, le retrait, l'isolement, les troubles de l'humeur. De là vient la présence de "triggers" : des stimuli amenant à une réponse réflexe systématique du cerveau, pouvant être positifs ou négatifs. Positif si le stimulus pousse certains alters à venir via un stimulus agréable pour eux ou négatif s'il enclenche des réactions très négatives liés à des stimulus négatifs (rappels de traumatismes, crises d'angoisse...).



→ Dans le film : son nom entier **Kévin Wendell Crumb** fait revenir l'alter hôte avec des flashbacks de sa mère

*Screen de sa mère, maltraitante, criant "Kevin Wendell Crumb" lors d'un flashback*

## ***Une représentation stigmatisante :***

Bien que le réalisateur aie fait beaucoup de recherches sur le sujet, il n'est pas allé consulter des personnes atteintes par ce trouble, cela se voit notamment dans l'appropriation de la maladie faite par l'acteur, qui s'est concentré uniquement sur les alters à jouer. Beaucoup d'activistes lui reprochent donc son côté fantastique et caricatural.

Par exemple, le film montre la maladie comme étant très visible parce que les alters sont tous extrêmement différents des uns des autres, il montre aussi qu'ils ne peuvent pas communiquer entre eux à l'intérieur de leur tête et qu'ils ne veulent pas coopérer tous ensemble. Ceci est une caricature très grossière, aussi visible dans les œuvres populaires, comme *Fight Club*, ou l'histoire de *Dr Jekyll and Mr Hyde*, présentant cette dualité drastique entre les alters à tort.

Ce trouble est en effet développé par l'enfant pour pouvoir survivre dans des conditions traumatiques répétées, souvent causées par des proches. Il se doit donc de passer inaperçu pour éviter d'être remarqué par les agresseurs, qui pourraient devenir plus violents. La communication entre alters peut d'ailleurs se faire sans problèmes de manière interne. Qu'elle soit interne ou externe (sur un support comme un journal par exemple), elle est très importante car elle permet une vraie coopération, qui rend possible une vie, à plusieurs, mais normale.

Ce film perpétue une image par ailleurs très stigmatisante : le personnage principal, un anti-héros, est montré comme un danger pour autrui à cause de cette maladie. Et un danger de taille : il kidnappe, tue, et est d'une puissance bestiale surhumaine, impossible à contrôler et à battre.

Or, ce n'est absolument pas le cas dans la réalité : cette maladie ne rend pas les gens dangereux ou violents, au contraire il a été montré que les personnes atteintes sont plus susceptibles d'être victimes de violences ultérieurement dans leur vie que des personnes normales.

Il renforce aussi l'idée que cette maladie est une « maladie incroyable », alors qu'elle n'y a rien de fantastique et de surhumain. Ce trouble n'est pas imaginaire et est physiologiquement et psychologiquement mesurable, ce n'est pas un trouble de fiction.

Donc dans les faits, il ancre dans l'inconscient collectif des idées fausses sur la maladie : l'improbabilité de son existence, sa rareté extrême, son caractère dangereux et violent, ainsi que sa manifestation très facilement visible et remarquable.

## ***Une maladie « extraordinaire » ? Quelques chiffres clefs :***

Ce trouble touche environ **2%** de la population général (4x plus que la schizophrénie).<sup>3</sup> Sachant que le PTSD touche environ 8% de la population générale. Il faut généralement 10 ans de suivi psychologique à un patient, n'ayant aucune idée qu'il en est atteint, avant qu'il reçoive ce diagnostic en Europe.

C'est une maladie sous-diagnostiquée en Europe car peu connue des soignants, difficile à diagnostiquer au vu de sa comorbidité avec d'autres troubles dont le PTSD dans plus de 90% des cas, ou le BPD dans 70% des cas et sa ressemblance avec le trouble de la personnalité borderline (BPD). Il n'existe que peu d'experts, et est encore controversée et très stigmatisée par son image de trouble « trop extraordinaire pour exister ».

*Que vivent les personnes atteintes ? Combien d'alters ?*

Environ 50% des personnes ont entre 2 et 10 alters, et 50% en ont 11 ou plus. En moyenne une femme en développe 15, un homme 8, mais le chiffre peut monter jusqu'à plus de 100, on parle alors de polyfragmentation.

Chaque cas est unique, il existe une infinité de possibles de nombre, de types d'alters et de leurs spécificités (mémoire, aptitudes, maladies...).



Il existe donc une terminologie riche et importante pour comprendre la maladie, utilisée par la communauté scientifique et les personnes atteintes :

- Alter :

Une conscience, avec sa propre identité et mémoire. Peut-être un humain, un animal, un objet inanimé, tiré de la réalité ou de la fiction. Fantômes, chats, robots, arbre, montagne... Tout est possible.

- Fragment :

Désigne un Alter / personnalité moins développé, limité, contenant souvent uniquement de la mémoire enfouie et traumatique.

- Système :

Ensemble des alters d'une personne.

- Switch :

Passage d'un alter à un autre, ou de plusieurs alters à plusieurs autres, peut durer quelques secondes comme des jours entiers.

- Front/Fronting :

Fait référence au pouvoir/contrôle sur le corps, donc à l'alter au contrôle à un moment donné.

- Co-conscience :

Lorsque deux alters ou plus sont conscient.es en même temps (et aussi possibilité de co-front).

- Headspace/innerworld :

Monde intérieur dans lequel se trouve les alters quand ils ne front-ent pas ou ne sont pas en co-conscience. Il peut être très développé ou non, changer avec le temps ou non (tout est possible).



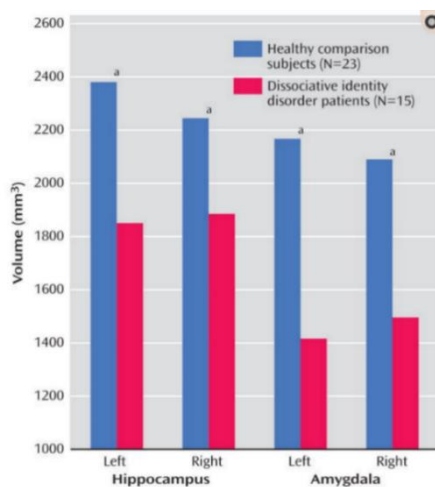
Classification classique d'alters selon leurs rôles respectifs :

- Host(*Hôte*) = alter qui est le plus souvent au contrôle du corps
- Protector(*eur*) = Alter chargé de protéger le système
- Little(*enfant/petit*) = alter enfant, souvent -10ans
- Persecutor(*eur*) = alter hostile envers le système, le monde extérieur, ou lui-même
- Insider = alter qui ne prend pas ou peu le contrôle du corps, contenant souvent des souvenirs traumatiques, ou ayant un rôle de médiation entre les autres alters.
- Apparently Normal part (ANP) = alter ne se souvenant pas des traumas vécus
- Emotional Part = alter ayant des souvenirs traumatiques (aussi appelé Trauma-holders)

### ***La science face à la fragmentation de l'esprit :***

De nombreuses avancées en neurosciences ont permis d'étudier le trouble d'un point de vue cognitif et physiologique. On a des images en fMRI et des EEG disponibles qui prouvent que le trouble est associé à des dysfonctions neurologiques spécifiques et mesurables. Il existe aussi un travail des chercheurs sur de possibles marqueurs biologiques de la maladie, qui permettraient de diagnostiquer plus facilement les patients.

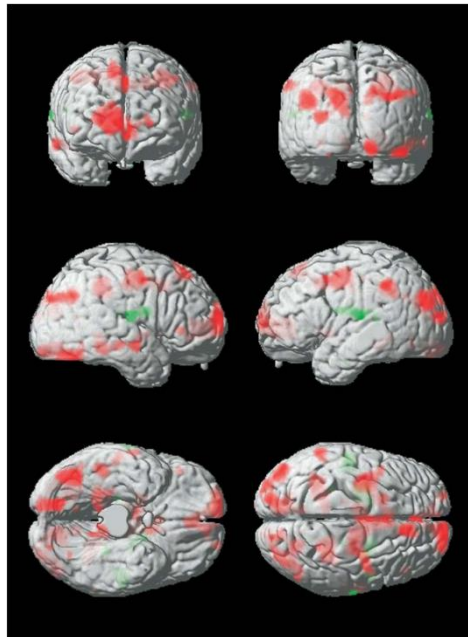
On a montré par exemple que les personnes atteintes du TDI ont une anatomie du cerveau différente : une étude faite sur 75 personnes ayant un TDI montre qu'il y a une différence significative du volume cortical et une présence d'anormalités dans l'épaisseur et la surface corticale chez ces patients. Comme ces paramètres sont déterminés par des facteurs génétiques et développementaux différents, on pense que différents mécanismes neurobiologiques et environnementaux peuvent affecter la morphologie cérébrale dans le trouble dissociatif de l'identité.<sup>4</sup>



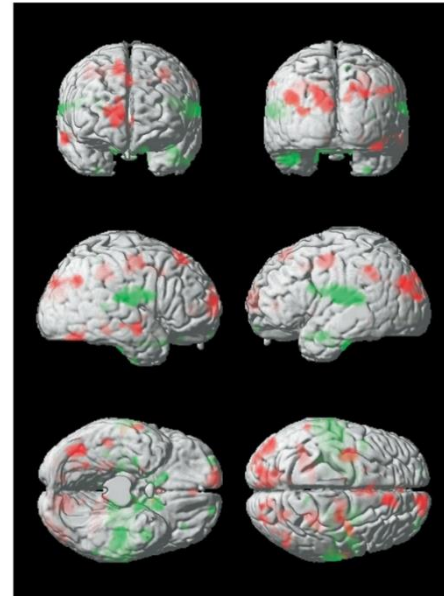
Dans une autre étude, les patients atteints d'un TDI montrent un hippocampe et une amygdale plus petits comparés à des personnes saines. Le ratio de volume Hippocampe/amygdale était plus grand chez les personnes ayant un TDI.<sup>5</sup> Cela est sûrement témoin de l'adaptation faite par le cerveau, lors de son développement, face à un vécu traumatique important. L'hippocampe est 19.2% plus petit, et l'amygdale 31.6% plus petite.



D'autres études se concentrent sur la différence physiologique entre alters :



**Figure 2.** Brain areas are shown which display a significant increase in regional cerebral blood flow (rCBF) (see also Table 2) for the dissociative identity state (DIS) main effect. Brain activations depicted in green show regional cerebral blood flow changes for the traumatic identity state (TIS), while brain activations depicted in red show regional cerebral blood flow changes for the neutral identity state (NIS).

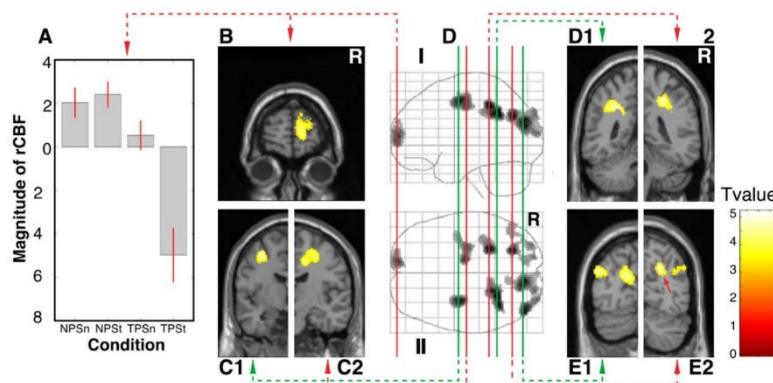


**Figure 3.** Brain activations are shown which display a significant increase in regional cerebral blood flow (rCBF) (see also Table 4) due to the processing of the trauma-related memory script (MS) in one dissociative identity state as compared to the other. Brain activations depicted in green show regional cerebral blood flow changes in the traumatic identity state (TIS), as compared to the neutral identity state (NIS), when listening to the trauma-related MS. Moreover, brain activations depicted in red show regional cerebral blood flow changes in the NIS due to listening to the traumatic MS as compared to TIS.

→ Dans celle-ci, on remarque la différence d'activation cérébrales entre des alters ayant des souvenirs traumatiques (des **trauma-holders en vert**) et des alters sans souvenirs traumatiques (**Normal parts en rouge**) avant et après l'évocation du trauma subi.<sup>6</sup>

A.A.T.S. Reinders et al. / NeuroImage 20 (2003) 2119–2125

2123



**Fig. 1.** Brain regions showing a significant response to the autobiographical trauma-related script in Neutral Personality State (NPS) as compared to Traumatic Personality State (TPS). (A) Mean regional cerebral blood flow (rCBF) changes at the voxel of maximum activation ( $x = 12, y = 63, z = 8$ ) in the right medial prefrontal cortex (MPFC, Brodmann's area (BA) 10) for the four conditions of our study, i.e., exposure to a neutral (minor character n) and trauma (minor character i) memory script while remaining in NPS or TPS. Bars represent standard errors. The response shown is typical for the areas depicted in parts B through E. (B, C, D, E) Coronal slices of the brain regions involved in the functional neural network of autobiographical self-awareness. Slices are shown at the level of the most significant activation: part B (right BA 10;  $x = 12, y = 63, z = 8$ ), C1 (left BA 6;  $x = -30, y = -4, z = 46$ ), C2 (right BA 6;  $x = 30, y = -11, z = 47$ ), D1 (left BA 7/40;  $x = -24, y = -45, z = 37$ ), D2 (right BA 7/40;  $x = 28, y = -37, z = 42$ ), E1 (left BA18/precuneus;  $x = -8, y = -76, z = 24$  and BA19;  $x = -44, y = -76, z = 30$ ), and E2 (right BA18/precuneus;  $x = 26, y = -62, z = 33$  (as indicated with the small red arrow)). See also Table 1. (I and II) Parts I (sagittal view) and II (transaxial view) show the statistical parametric maps (the glass brains) of significant areas. Red and green lines represent the various brain levels, where the activations depicted in parts B through E of the figure have their peak significance value. Red lines are used for clusters located in the right hemisphere, while green lines are used for clusters in the left hemisphere. The letter R indicates the right side of the brain.

Ou encore dans cette étude, où l'on a fait la même expérience, montrant ici les principales zones où l'activation diffère entre les alters Trauma-holders et les alters Normal Parts en IRMf.<sup>7</sup>

## ***Traitement, vie avec ce trouble :***

La prise en charge consiste en une psychothérapie, accompagnée de médicaments si les troubles comorbides le demandent : par exemple pour traiter la dépression ou l'anxiété liée au PTSD, mais il est essentiel de comprendre qu'il n'existe pas de médicaments pour traiter ce trouble, ainsi que tous les troubles dissociatifs.

La psychothérapie doit constituer 3 phases différentes.

Une phase de stabilisation du trouble, avec l'émergence d'alters et leur apprentissage de la communication. Cette communication doit pouvoir se faire de manière interne et externe, en utilisant le plus de supports possibles : hypnose/méditation, discussion à haute voix, travail personnel sur la reconnaissance des alters et de leur manifestation interne (sentiments, pensées...) et de manière externe en tenant des journaux et des notes dans l'environnement. Elle doit pouvoir permettre aux alters de se coordonner et coopérer, de s'organiser et à chacun de comprendre son rôle dans le système.

Puis, une phase secondaire comprenant un traitement de fond des traumatismes subis pour les alters vivant un PTSD. Elle est réalisée en adaptant les moyens connus pour le PTSD (EMDR et hypnose par exemple). Ainsi, les troubles comorbides sont pris en charge, les symptômes du PTSD ne font plus souffrir le patient, il n'existe plus de trigger ou de situation traumatisante non intégrées correctement par le cerveau. Il y a donc moins de stress et de fragilité sous-jacente pouvant potentiellement engendrer une nouvelle fragmentation.

Enfin, en dernière phase, la recherche d'intégrité via une intégration des souvenirs et de la conscience des alters entre eux : l'objectif est de réduire le plus possible les barrières mnésiques entre alters dans le but qu'aucun alter ne souffre d'amnésie. Cela facilite grandement la coopération et une éventuelle fusion des identités. Une fois ces barrières tombées, il en vient à chaque alter de décider ou non de fusionner avec d'autres, de façon mutuelle pour que la fusion ne soit pas traumatisante et qu'elle tienne dans le temps, car les fusions ou fragmentations sont très déstabilisantes pour l'ensemble du système d'une personne.

Les alters peuvent aussi décider de cohabiter tel quel, car leur situation stable et contrôlée leur permet de vivre une vie normale, ils ne remplissent plus les critères diagnostics pour le trouble, étant donné que la personne ne souffre plus de répercussions négatives dans sa vie.

En conclusion, ce trouble mal compris du grand public souffre d'une image très stigmatisante, compliquant le diagnostic et la prise en charge des patients. Il est possible de vivre totalement normalement avec plusieurs alters au lieu d'une personnalité, dans le cas où les personnes atteintes se font aider par des professionnels qui comprennent et acceptent les différents alters ainsi que le caractère très complexe du trouble.

***EHRHARDT Giliane***

## Références :

<sup>1</sup>[The TRAUMATIC RESPONSE](#)

<sup>2</sup>["Dissociative identity disorder: An empirical overview"](#)

<sup>3</sup>["Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision" \(PDF\). Journal of Trauma & Dissociation. 12 \(2\): 188–212. PMID 21391104.](#)

<sup>4</sup>[Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder](#)

<sup>5</sup>[Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder](#)

<sup>6</sup>[Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study](#)

<sup>7</sup>[One brain, two selves](#)

## Pour aller plus loin :

*Quelques articles scientifiques :*

- [Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers](#)

Recherche essayant de montrer la présence de différences neurobiologiques : proposition d'un pattern à reconnaître en imagerie pour diagnostic du DID.

- [Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective](#)

Article faisant une revue des aspects neurobiologiques connus dans le DID

- [Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls](#)

PubPsych : Test de la théorie traumatogénique, concluant que le trouble est donc bien dû à une cause traumatique

*Chaînes YouTube de personnes atteintes pleines d'information :*

Les plus connues sont [DissociaDID](#) et [MultiplicityAndMe](#). Mais il y a aussi plein de petits youtubeurs dans la communauté : [The Entropy System](#), [The Ring System](#), [The Fragmented Psyche](#) par exemple. Tous font des vidéos en anglais sur le sujet. La [CTAD Clinic](#) propose des vidéos éducatives faites par un professionnel sur le sujet aussi.

*Ressources accessibles en Français :*

Le système [Partiel.le.s](#) ([Youtube](#), [TikTok](#), [Instagram](#)) a fait une [interview](#) pour FranceTVslash de 10min et poste régulièrement sur ses réseaux des informations (de sources fiables !) sur le sujet. Depuis peu, plusieurs autres activistes français se mettent à parler du TDI sur les réseaux sociaux : notamment [Olympe](#) (sur [TikTok](#), [YouTube](#)...) ou [The Peculiar Club](#) (sur [TikTok](#), [YouTube](#)).

Ainsi que **moi-même** : **Zelliana** (ou Zelliana System) sur [TikTok](#) & [Instagram](#), où je parle de mon TDI et de toutes **mes connaissances scientifiques** sur le sujet.

N'hésitez pas à rejoindre des communautés sur les réseaux sociaux, comme le serveur discord d'Olympe (lien disponible en cliquant sur son nom), ou ce [groupe Facebook](#), pour plus d'informations et de contact avec des personnes concernées en France.

**EHRHARDT Giliane**