



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Développement professionnel continu

La dissociation fonctionnelle : un concept opératoire entre TDI et psychasthénie



Functional dissociation: An operational concept between DID and psychasthenia

Bernard Mayer

Association française Pierre-Janet (AFPJ), institut européen de thérapies somato-psychiques (IETSP), 41, rue Boissière, 75116 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1^{er} février 2022

Accepté le 11 juillet 2022

Disponible sur Internet le 21 octobre 2022

Mots clés :

Dissociation

Histoire de la psychiatrie

Syndrôme post-traumatique

Trouble dissociatif de l'identité

Trouble obsessionnel compulsif

RÉSUMÉ

Le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) possède une riche histoire dont Pierre Janet, à la fin du XIX^e siècle, a écrit la première page moderne. En actualisant ces anciens travaux, O. Van der Hart et ses collègues ont formalisé le modèle de la Dissociation Structurale de la personnalité (DSP), mettant en évidence, lors d'un TDI, le fractionnement de la personnalité en plusieurs parties (PAN et PE). Une longue expérience de la pratique clinique en ville nous incite à proposer un modèle présentant de fortes analogies avec la DSP et le mécanisme du TDI : la dissociation fonctionnelle. Déjà pressentie par Bateson et sa double-contrainte, étroitement anticipée par Janet et sa psychasthénie, la dissociation fonctionnelle est un trouble plus fréquent que le TDI chez les patients tout-venant. Bien distinguer une dissociation fonctionnelle d'une dissociation structurale (ou TDI) permet d'affiner le diagnostic et d'offrir un traitement mieux adapté aux patients, une approche dont les grandes lignes sont aussi exposées.

© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Dissociative Identity Disorder (DID) has a rich history in time, whose Pierre Janet wrote the first modern page. By giving actuality to those ancient works, O. Van der Hart and colleagues devised the Structural Dissociation of the Personality model (SDP), showing that DID implies a fragmentation of the personality between several parts (ANP and EP). Thanks to a long experience of private clinical practice, we propose a model bearing close relationships with SDP and the DID mechanism: functional dissociation. Already foreseen by Bateson and his double-bind, well anticipated by Janet and his psychasthenia, functional dissociation is more common than DID for non-psychiatric patients. Making a clear distinction between functional dissociation and structural dissociation (or DID) allows to improve the diagnosis and offer a better adapted treatment to patients, an approach that we also introduce here.

© 2022 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords:

Dissociation

Dissociative identity disorder

History of Psychiatry

Obsessive Compulsive Disorder

Post-traumatic syndrome

1. La dissociation en psychiatrie : une longue histoire

1.1. Des débuts à Pierre Janet

La dissociation est l'une des pathologies à la plus longue histoire. Des récits héroïques de l'Antiquité, comme *l'Illiade* d'Homère, par exemple, donnent déjà une fidèle description de troubles dissociatifs traumatiques. Il faut, toutefois, attendre le XVIII^e siècle pour que l'étude du trouble se développe et prenne véritablement son envol. En effet, à la suite des démonstrations de

Mesmer, plusieurs personnalités, médecins et thérapeutes se passionnent pour l'hypnose et ses propriétés thérapeutiques. Il apparaît rapidement que l'hystérie, cette maladie fréquente, mais peu comprise, correspond étroitement aux symptômes observés pendant les séances de magnétisme ou d'hypnotisme : Deleuze et Bertrand font partie des pionniers à établir ces observations.

Avec les travaux de Despine ou d'Azam, au XIX^e siècle, le trouble dissociatif reçoit des descriptions cliniques de plus en plus précises, et le grand neurologue Charcot, en formalisant le « Grand hypnotisme », parvient à éveiller l'intérêt de l'Académie des sciences pour la dissociation hystérique et les effets de l'hypnose sur le trouble : à partir de ce moment, de nombreux médecins et psychologues entreprennent des recherches dans ce domaine.

Adresse e-mail : mayer@ietsp.fr

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.007>

0003-4487/© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS.

1.2. La contribution majeure de Pierre Janet

Pierre Janet, jeune agrégé de psychologie, fait partie de cette première génération de chercheurs. En étudiant les patients de l'hôpital du Havre (qui porte aujourd'hui son nom), il réalise la première synthèse sur le trouble dissociatif, comportant son étiologie, ses symptômes et son mécanisme, ainsi que son traitement. Regroupés dans sa thèse de doctorat intitulée *L'automatisme psychologique* (1889) [6], les travaux de Janet renouvellent totalement le domaine de la psychotraumatologie : la dissociation traumatique est enfin comprise et expliquée.

Janet montre que le traumatisme aigu ou chronique a la capacité de fragmenter la personnalité en détruisant les associations : la personnalité se désagrège, elle devient dissociée. Que s'est-il passé ? Sous l'effet d'une émotion insoutenable, le vécu du sujet ne peut pas être intégré à la biographie personnelle, il s'enregistre dans une mémoire secondaire séparée de la mémoire normale, et à laquelle celle-ci ne peut pas accéder. Le souvenir traumatique est bien enregistré, mais non intégré à la personnalité. Ce fragment dissocié comprend tous les détails de l'événement traumatique sur les plans cognitif, sensoriel, moteur. La dissociation de ces fonctions correspond donc essentiellement à une maladie de la mémoire [8] : selon Janet, la principale caractéristique d'une dissociation traumatique est l'amnésie du trauma.

Les symptômes dissociatifs découlent directement des effets perturbateurs des parties de personnalité [7] : Janet distingue « l'automatisme total », où le fragment dissocié prend soudain le contrôle complet du sujet, c'est l'ancienne crise d'hystérie, ou crise de somnambulisme ; dans « l'automatisme partiel », les fragments dissociés effectuent juste des intrusions dans la conscience personnelle, que le sujet perçoit comme des influences extérieures (voix, hallucinations, *flashback*...).

Pour le grand clinicien, le traitement du souvenir traumatique consiste à y accéder à l'insu du patient : ce procédé correspond à l'hypnose dans son ancienne acception (qui n'est plus la même aujourd'hui). En accédant aux fragments dissociés à l'insu du patient, le clinicien est en mesure de les réduire ou de les modifier, et de les décharger de leur affect [9]. Une fois cette opération réussie, le patient a retrouvé la mémoire de son trauma, qui s'est réintégrée à sa personnalité et à sa biographie [16]. De ce fait, le patient n'est plus hypnotisable.

2. Les traumas selon Janet et la psychiatrie contemporaine

2.1. PTSD, TDI et la position de Janet

Comme le souligne J. Garrabé dès 1999 [4], les travaux pionniers de Janet (après un temps d'oubli) finissent par réémerger dans la psychiatrie internationale à la fin des années 1970, en particulier à la suite des études sur les vétérans du Vietnam et les femmes maltraitées : en effet, ils jouent un rôle déterminant dans l'apparition des troubles dissociatifs, ou TDI, au sein des deux nosographies internationales que sont le DSM et la CIM. Cependant, à l'exception du D-PTSD (DSM-5), la catégorie nosographique, ayant pour cause explicite le Trauma, à savoir le PTSD, n'est pas reliée à la dissociation dans les deux classifications. Il est intéressant, par conséquent, de relever quelques rapprochements et différences entre la conception des symptômes traumatiques pour Janet, d'une part, et en psychiatrie contemporaine, d'autre part (PTSD et TDI).

Pour le PTSD, au sein de la CIM-11, ses principaux symptômes comprennent des réminiscences traumatiques (intrusions, *flashbacks*), des émotions envahissantes (peur ou panique), ainsi que des sensations physiques intenses. Au sein du DSM, le PTSD se caractérise également par des symptômes d'intrusions et des

évitements, et insiste plus sur l'amnésie, les affects négatifs, et des altérations de l'activation (hypervigilance, irritabilité, comportements risqués). Par ailleurs, le DSM ajoute les deux « spécifications » de dépersonnalisation et de déréalisation.

Le TDI, quant à lui, seul trouble à placer la dissociation au centre de sa symptomatologie, est décrit, de manière très voisine, par les dernières versions des deux nosographies internationales (CIM-11 et DSM-5). Ainsi, il se caractérise par la présence d'au moins deux états de personnalité distincts impliquant une discontinuité dans le sens de soi, pouvant prendre partiellement ou complètement le contrôle du sujet. Le TDI s'accompagne d'altérations de fonctionnement multiples impliquant l'affect, la mémoire, la perception ou la cognition. Un symptôme important est celui de l'amnésie des épisodes traumatisants aussi bien que de faits quotidiens. Enfin, dans les deux nosographies, les troubles dissociatifs peuvent conduire aux phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation.

Les symptômes du PTSD et du TDI, dans les classifications actuelles, rejoignent étroitement ceux qu'avait observés Janet. En particulier les intrusions, les *flashbacks* et – surtout – l'amnésie, sont bien documentés chez Janet comme des conséquences du trauma. De même, la présence d'au moins deux états de personnalité est bien caractéristique, chez cet auteur, d'une dissociation traumatique.

Quelques différences existent, néanmoins, entre le point de vue de Janet et nos récentes classifications. La plus importante d'entre elles est que, pour Janet, les symptômes de notre PTSD dérivent directement d'un état de dissociation de la personnalité. Une concession a été faite à ce sujet dans le DSM-5, qui a créé un PTSD de nature dissociative, rapprochant significativement cette catégorie de celle du TDI. En revanche, alors que Pierre Janet est le créateur des notions de dépersonnalisation et déréalisation, il n'en a jamais fait des symptômes dissociatifs, mais des caractéristiques de la psychasthénie, proche de notre moderne dépression. Des auteurs, comme O. van der Hart ou I. Saïlot à sa suite, soulignent depuis longtemps cette disjonction qui leur apparaît comme l'un des derniers « écueils » à une unification enfin retrouvée des troubles traumatiques et dissociatifs dans la classification contemporaine.

Soulignons, par ailleurs, que, contrairement aux nosographies actuelles, Janet avait déjà donné une piste pour réaliser cette unification entre le PTSD et le TDI : outre les symptômes richement décrits, le grand psychologue avait également proposé une étiologie, dont aucun des deux manuels actuels ne rend compte, étant a-théoriques. Ainsi, pour Janet, le traumatisme entraîne un affaiblissement extrême, qui se concrétise physiologiquement par la chute de la capacité de « synthèse » (ou « intégration » aujourd'hui) entre les perceptions/cognitions et la personnalité normale. Il appelle cet effet le « rétrécissement du champ de conscience ». À sa suite, les ressentis traumatiques s'enregistrent « en dessous » de la personnalité normale et constituent l'embryon d'une personnalité seconde qui encapsule le trauma tout en développant sa propre mémoire et son propre sens du Moi : les amnésies dissociatives en sont la conséquence.

2.2. Redéfinition et éclaircissement : la dissociation structurelle

Expert mondialement reconnu sur la vie et l'œuvre de P. Janet, Onno van der Hart, avec ses collègues, va montrer, à partir des années 1980, que la recherche clinique contemporaine néglige plusieurs propriétés fondamentales de la dissociation psychiatrique telle qu'elle avait été décrite par Janet au tournant 1900 [21]. Le grand clinicien, qui est aussi expert dans l'histoire de sa discipline, entend avec ses collègues de regrouper les caractéristiques essentielles de la dissociation psychiatrique, ou TDI, sur la base des travaux pionniers de Janet [20]. Ils rappellent, en particulier, que l'amnésie est au cœur de tout processus de

dissociation traumatique, et peut même – pratiquement – s'y ramener. En effet, comme l'avait montré Janet, les parties dissociées de la personnalité, coupées du Moi principal, sont inaccessibles à la conscience du patient (amnésie), et souvent amnésiques entre elles [17]. Pour éclaircir les rapports entre ces parties dissociées, Van der Hart et collègues définissent la « dissociation structurelle » de la personnalité (DSP), et produisent un manuel qui en présente les propriétés : *Le soi hanté* [23].

À la suite d'un trauma, la personnalité se scinde au moins en deux parties, une partie apparemment normale (PAN) et une partie émotionnelle (PE). La PAN est la partie de la personnalité principale qui a été « amputée » du souvenir traumatique et de tous les éléments de ce vécu. La PE, au contraire, est la partie de la personnalité qui encapsule ces souvenirs. Les auteurs définissent alors trois degrés de sévérité du trouble. Dans une dissociation primaire, le patient est fragmenté en deux parties, une PAN et une PE. Dans une dissociation secondaire, le patient a subi au moins trois dissociations et présente maintenant une PAN et plusieurs PE. Enfin, dans la dissociation tertiaire, le sujet est plusieurs fois dissocié et présente plusieurs PAN et plusieurs PE. Pour les auteurs, la dissociation psychiatrique du DSM (le TDI) correspond à cette dernière configuration.

Ces troubles psychiatriques, extrêmement sévères, réclament un traitement spécifique que les auteurs désignent de « traitement par phases ». Directement inspiré des travaux de Janet, le traitement vise à intégrer la personnalité en réunifiant en son sein les différents fragments dissociés. La première phase du traitement consiste à réduire les symptômes du patient en élaborant un rapport de confiance et de bienveillance vis-à-vis de toutes les parties dissociées (ou identités). Différents outils thérapeutiques peuvent être mobilisés à ce but, y compris médicamenteux. La deuxième phase du traitement vise à obtenir l'intégration des parties dissociées. Pour ce faire, les différentes identités sont encouragées à entrer en communication les unes avec les autres, et à accepter le dialogue. C'est à cette phase que le clinicien a affaire aux souvenirs traumatiques du patient et peut commencer à les réduire : les amnésies réciproques des différentes parties dissociées diminuent, et la réunification de la personnalité est enclenchée autour d'une mémoire autobiographique en reconstruction. La troisième phase du traitement est la consolidation de l'intégration précédemment obtenue et l'élaboration de stratégies pour pérenniser les progrès réalisés.

2.3. La dissociation psychiatrique et ses difficultés d'observation

Le DSM-5 donne deux critères principaux à un TDI. Le premier est l'existence d'un ou plusieurs états de personnalité distincts. L'existence de ces états peut être rapportée par des proches ou par le sujet lui-même, et doit être constatée par le clinicien. Cette perturbation de l'identité entraîne des altérations comportementales, cognitives et sensorimotrices. Le second critère est la présence d'amnésies vis-à-vis de l'épisode traumatique, mais également dans la vie quotidienne. Ces deux critères correspondent sensiblement au modèle historique (Janet) et à la DSP : la dissociation est la fragmentation de la personnalité en plusieurs parties dotées de leur propre Moi. Ces fragments étant amnésiques les uns des autres, le sujet subit un « trou de mémoire » à chaque fois qu'un fragment a pris un contrôle total sur lui : c'est l'ancienne crise de somnambulisme.

Ces symptômes d'amnésie sont bien documentés aujourd'hui. Par exemple, les patients se retrouvent en possession d'objets dont ils ignorent la provenance, ou constatent chez eux des changements dans la position des meubles, sans pouvoir les expliquer (alors qu'ils en sont eux-mêmes la cause). Dans d'autres cas, ce sont leurs proches qui leur apprennent qu'ils ont fait telle action ou tenu tels propos, eux-mêmes n'en ayant pas le moindre souvenir. Dans

les cas les plus démonstratifs, et les mieux documentés dès le XIX^e siècle, le patient quitte sa ville ou sa région et se « réveille » subitement plusieurs heures plus tard, ignorant où il est et pourquoi il est là : c'est la fugue dissociative. Ces constatations s'expliquent aisément dans le modèle historique et la DSP, où la vie du patient dissociatif est ponctuée d'alternance entre deux ou plusieurs personnalités bien distinctes prenant le contrôle exécutif à tour de rôle et laissant un vide béant au retour de la personnalité initiale : cette alternance soudaine entre personnalités, que nous désignerons ici de « commutation », est appelée « *switch* » en anglais.

De nombreux travaux de recherche [3,10] ont montré que ces deux critères principaux du DSM sont très difficiles à constater par le clinicien, surtout en ville : c'est une raison pour laquelle à partir du DSM-5, le praticien n'est plus tenu de constater formellement la crise de commutation (*switch*), mais peut s'appuyer sur le témoignage du patient concernant des crises antérieures. Mais cette évolution vers la prise en compte du témoignage du patient ne résout pas entièrement le problème : en effet, la commutation cause par définition une amnésie : les patients dissociés se souviennent donc rarement – voire pas – d'avoir subi une alternance de personnalités et, bien souvent, n'en témoignent donc pas à leur praticien. Dans un grand nombre de cas, n'ayant pas conscience de subir ces commutations d'identités, le doute s'installe seulement quand ils découvrent chez eux des objets déplacés ou rapportés ou – plus souvent – quand leurs proches les informent de ces alternances.

Pour certains cliniciens, il est très difficile d'observer la commutation entre identités (*switch*) en séance, car le phénomène est rare [1]. En effet, cette commutation, qui correspond à l'ancienne crise de somnambulisme, est déclenchée par des éléments en lien au trauma, lui-même dissocié et inaccessible à la mémoire biographique. Ainsi, la plupart des commutations surviennent dans les espaces privés et professionnels, où les déclencheurs potentiels sont plus nombreux qu'en cabinet de consultation. Mais si les patients ne commutent généralement pas en séance, ils consultent pour témoigner de symptômes bien réels.

Plusieurs recherches se sont intéressées aux raisons de consultation des patients dissociatifs, en relevant ce paradoxe qu'ils ignoraient leur trouble. D'après Dell & O'Neil [3], la motivation principale des patients porte sur des intrusions désagréables qui altèrent leur vie quotidienne. Selon ce chercheur, ces intrusions seraient environ 100 fois plus fréquentes que les commutations. Les patients souffrant de TDI rapportent, par exemple, des sentiments d'irréel et des altérations de conscience, des *flashbacks*, le sentiment de perte ou de vol de la pensée, et des hallucinations. Selon P. Dell, ces manifestations correspondent à l'automatisme partiel de P. Janet, où une partie dissociée de la personnalité fait intrusion sans prise de contrôle totale. Tandis que l'automatisme total (l'ancienne crise de somnambulisme) laisse le patient intégralement amnésique de l'intrusion, l'automatisme partiel est perçu par le sujet, qui sent que « quelque chose » interfère avec sa conscience. Or, la personnalité dissociée intrusive possédant son propre sens du Moi, le sujet n'attribue pas ces intrusions à son Moi propre, mais à des agents extérieurs. Les patients souffrant de TDI se sentent habités ou même « hantés », comme le disent O. van der Hart et collègues.

3. Un concept plus opératoire : la dissociation fonctionnelle

3.1. Qu'est-ce que la dissociation fonctionnelle ?

La prévalence de la dissociation psychiatrique, ou TDI, est difficile à évaluer dans la population générale. Plusieurs études l'estiment à 1 % ou 1,5 % pour les patients de ville [11], allant jusqu'à 6 % pour les patients hospitalisés [15]. Ce diagnostic sévère

s'accompagne généralement d'une prescription médicamenteuse non spécifique ciblant prioritairement les comorbidités (dépression, TOC, phobies...). La dissociation psychiatrique est donc un trouble relativement rare pour les praticiens en ville, la majorité des cas de TDI fréquentant plutôt l'hôpital. Au contraire, la pratique quotidienne relève une large majorité de cas cliniques souffrant d'un trouble distinct, mais en apparence assez similaire, que je propose de désigner ici de « dissociation fonctionnelle ».

Plusieurs décennies de pratique conduisent au constat qu'un grand nombre de patients, en ville, viennent consulter pour des symptômes fréquents pouvant être regroupés en un ensemble actuellement mal identifié par la nosographie internationale. C'est pourquoi une nouvelle catégorie, plus opératoire, aiderait à la fois les patients à mieux comprendre leur trouble, et les praticiens à mieux l'identifier et le traiter. La dissociation fonctionnelle décrit au mieux les symptômes des cas cliniques que j'accompagne depuis plus de trente ans :

- la dissociation fonctionnelle, comme la dissociation structurelle, possède aussi une longue histoire : la désigner clairement permettra de regrouper de nombreux troubles encore aujourd'hui dispersés ;
- la dissociation fonctionnelle partage une grande partie de ses symptômes avec la dissociation structurelle, et peut donc être facilement identifiée par le clinicien et son patient ;
- la dissociation fonctionnelle peut être efficacement traitée par des approches voisines de celles utilisées pour la dissociation structurelle ;
- enfin, en dehors de l'hôpital, la dissociation fonctionnelle est plus fréquente que la dissociation structurelle : la reconnaître permettra à un grand nombre de patients de recevoir le diagnostic et le traitement les mieux adaptés.

La dissociation fonctionnelle présente de nombreuses analogies avec la dissociation structurelle et le TDI, mais aussi des différences significatives. Il est donc important de souligner ici ces principaux rapprochements et différences.

3.2. Rapprochements avec la DSP et le TDI

3.2.1. La fragmentation de la personnalité

L'un des premiers symptômes que présentent les patients souffrant de dissociation fonctionnelle est une fragmentation de leur conscience [12]. Le patient se sent divisé, tiraillé entre plusieurs parties de lui-même aux exigences incompatibles : « Une partie de moi voudrait que... mais une autre s'y oppose. » Il arrive aussi que ces différentes parties s'expriment de façon détournée : le clinicien constate que le patient commence à s'exprimer, puis s'arrête pour contredire son premier propos : « Je fume vraiment trop... non je fume assez peu, mais je veux quand même arrêter... » Ces personnalités alternatives correspondent à des états de conscience modifiée (en dehors, bien entendu, des effets d'absorption de toute substance) qui s'inscrivent tout à fait dans le continuum dissociatif défini par E. Hilgard dans le cadre de sa théorie de la néo-dissociation [5] : ainsi, sur ce continuum, la dissociation fonctionnelle serait un état de conscience moins altéré que le TDI qui, lui, en représente l'extrémité la plus sévère.

3.2.2. De nombreuses comorbidités

Comme la dissociation structurelle, la dissociation fonctionnelle s'accompagne d'une importante comorbidité, dont les symptômes fréquents sont la dépression et des troubles cognitifs, comportementaux, et sociaux. La souffrance est toujours présente chez les patients, c'est pourquoi ils viennent souvent consulter pour cette raison. L'expérience du praticien devra alors lui permettre de déceler la présence d'une dissociation fonctionnelle

non diagnostiquée, à l'origine des comorbidités observées. Bien souvent, aussi, l'analyse du patient révélera l'existence d'une problématique sous-jacente comme cause de la chronicité d'une dissociation fonctionnelle installée depuis de longues années.

Les comorbidités, associées à la dissociation fonctionnelle, couvrent un grand nombre de troubles rencontrés en psychothérapie, il est donc fondamental de déceler la dissociation fonctionnelle qui en est la cause. Ces symptômes recouvrent la plus grande partie de ce que O. van der Hart et collègues ont déjà noté pour la dissociation structurelle [22]. Ainsi, nous retrouvons la même partition entre symptômes psychoformes et somatoformes, de type positifs ou négatifs. La dissociation fonctionnelle entraîne souvent, par exemple :

- des symptômes psychoformes positifs : voix intérieures, pensées obsédantes, addictions...
- des symptômes psychoformes négatifs : difficultés de concentration ou de mémorisation...
- des symptômes somatoformes positifs : douleurs, contractures, troubles digestifs...
- des symptômes somatoformes négatifs : troubles fonctionnels de la vue ou de l'audition...

3.2.3. Un mode de traitement partagé

En raison d'une symptomatologie proche de celle de la dissociation structurelle, les approches thérapeutiques des deux troubles sont voisines également. Ainsi, le traitement par phases de la DSP donne également de bons résultats pour la dissociation fonctionnelle. La première phase du traitement, la réduction des symptômes, est pratiquement identique, et visera à permettre au patient de reconstruire un espace de confiance et de sécurité pour poursuivre le travail. La deuxième phase, l'intégration des parties dissociées, se distingue de l'approche DSP par le fait que – généralement – les sujets souffrant de dissociation fonctionnelle ne présentent pas d'amnésie entre la PAN et les PE. Leurs parties dissociées de personnalité conservent presque toujours un certain degré de conscience mutuelle. Le praticien doit alors s'adapter à traiter des PAN et PE conscientes d'être en lutte les unes avec les autres, ce qui impose à cette étape des approches spécifiques que nous évoquerons plus bas. La troisième phase du traitement, la consolidation de l'intégration, présente des caractéristiques très voisines, car, pour les deux troubles, il s'agit de rendre l'intégration durable, de sorte que la personnalité réunifiée puisse non seulement vivre normalement, mais envisager de nouveaux projets.

La dissociation fonctionnelle présente donc à la fois une grande similitude avec la dissociation structurelle, mais également de nombreuses spécificités qu'il est primordial de bien repérer dès le début d'un traitement.

3.3. Différences avec la DSP et le TDI : la psychasthénie de Janet

3.3.1. Dissociation fonctionnelle et psychasthénie

La dissociation fonctionnelle se démarque surtout de la dissociation structurelle et du TDI par un certain degré de conscience préservé au sein de la personnalité : dans une dissociation fonctionnelle, les parties dissociées sont rarement amnésiques les unes des autres. Si les troubles de mémoire sont assez fréquents chez les patients, ils concernent généralement la vie quotidienne et ne tracent pas, comme dans le TDI, une frontière ontologique entre les différentes parties de la personnalité. Ainsi, le patient connaît ses parties dissociées et les perçoit. Dans les cas les plus typiques, c'est même cette conscience d'être « dissocié », aussi vive que douloureuse, qui pose le plus de problèmes aux patients. De ce fait, des symptômes, tels que la fugue dissociative ou l'amnésie dissociative, sont généralement absents des tableaux cliniques. Il en va de même

des nombreux phénomènes d'« automatisme » décrits en son temps par Janet pour la dissociation.

Pour n'être pas amnésiques, les parties dissociées d'une dissociation fonctionnelle n'en sont pas moins vécues comme des intrusions. C'est la différence que O. van der Hart et al. effectuent entre PAN et PE : en s'exprimant tour à tour par la voix du patient, les PAN et PE se vivent mutuellement comme des intrusions menaçantes et toute la personnalité est déstabilisée par ces conflits incessants. Dans le cadre d'une dissociation fonctionnelle, nous désignerons par f-PAN et f-PE les parties dissociées analogues d'une dissociation structurelle (PAN et PE).

Cette configuration sépare nettement les deux types de dissociation, et rapproche la dissociation fonctionnelle d'une catégorie trop négligée de nos jours : la psychasthénie de Pierre Janet. Car si le grand clinicien est de mieux en mieux reconnu, aujourd'hui, pour ses travaux de pionnier sur la dissociation, il a pourtant consacré autant de travail à définir et caractériser une autre catégorie diagnostique tout aussi importante : la psychasthénie. La dissociation fonctionnelle partage de nombreuses caractéristiques avec la psychasthénie de Janet et s'en différencie surtout par le pronostic. Il semble donc très intéressant de rappeler les différences qu'établissait Janet lui-même entre la psychasthénie et la dissociation (structurelle) : ces différences caractérisent également – sur un plan général – les différences entre le TDI et la dissociation fonctionnelle.

Dans son ouvrage *Les Névroses* [8], Janet anticipe le continuum dissociatif de Hilgard en établissant un parallèle entre les symptômes psychasthéniques et dissociatifs. Dans ce cadre, la psychasthénie peut être interprétée comme un stade moins sévère du TDI (quoique, à ma connaissance, Janet n'établit pas de continuité explicite dans l'évolution de l'un à l'autre trouble). Ainsi, dans ce modèle :

- les amnésies de la dissociation (structurelle) correspondent aux doutes et aux incapacités d'agir des psychasthéniques. Ces doutes et incapacités sont typiques de notre dissociation fonctionnelle ;
- les « idées fixes » et souvenirs traumatiques de la dissociation (structurelle) correspondent aux obsessions et aux ruminations de la psychasthénie : ces obsessions et ruminations sont typiques de notre dissociation fonctionnelle ;
- les paralysies et les insensibilités de la dissociation (structurelle) correspondent aux phobies de la psychasthénie : les phobies sont courantes dans la dissociation fonctionnelle.

Dans un souci de concision, nous ne pouvons pas mentionner ici le grand nombre d'analogies que produit également Janet en ce qui concerne les troubles physiologiques, neurologiques et moteurs, qui se retrouvent pratiquement à l'identique dans la psychasthénie et la dissociation : il faut souligner, cependant, que le traitement que nous avons développé pour la dissociation fonctionnelle repose largement sur l'importance de ces troubles organiques et fonde notre approche « corps-esprit » ou « *bottom-up* » (ainsi que d'autres psychothérapies reconnues médiées par le corps).

Au vu de ce parallèle saisissant entre dissociation structurelle et psychasthénie, nous aimerions proposer que la notion de dissociation fonctionnelle vient, en quelque sorte, valider ces analogies établies par le grand psychologue lui-même, et rend tout à fait explicite ses propositions dans *Les Névroses* [8]. De ce fait, la notion de dissociation fonctionnelle contribue à la fois à l'unité des deux troubles, et – nous l'espérons – à une redécouverte de la catégorie de psychasthénie, bien trop négligée aujourd'hui.

3.3.2. Une différence de pronostic

La psychasthénie possède de nombreuses caractéristiques communes avec la dissociation fonctionnelle et ne s'en différencie – pratiquement – que par le critère de pronostic. Le

critère qui avait valu la disjonction entre la démence précoce de Kraepelin et la schizophrénie de Bleuler !

Tandis que la dissociation fonctionnelle et la psychasthénie partagent pratiquement le même tableau clinique, leur pronostic est en effet très différent. P. Janet est clair sur le pronostic de la psychasthénie : elle ne guérit presque jamais, et les soins doivent être poursuivis ou renouvelés pendant de nombreuses années [8]. La raison tient à l'étiologie du trouble : les psychasthéniques de Janet sont des sujets qui sont entrés dans la vie adulte en étant déjà affaiblis. Le grand clinicien fait plusieurs hypothèses sur cet affaiblissement originel, tout en soulignant qu'en pratique, il est souvent impossible à déterminer. Certains patients sont nés avec un déficit en force, d'autres ont été malmenés, voire traumatisés, pendant leur enfance, d'autres encore ont subi une maladie ou une invalidité qui a laissé des séquelles psychologiques. Au final, les symptômes que Janet associe à la psychasthénie sont pratiquement les mêmes que ceux de la dissociation fonctionnelle, seul le pronostic s'en différenciant nettement.

Tandis que les psychasthéniques de Janet, pratiquement incurables, doivent toute leur vie retourner auprès de leur thérapeute pour se faire « remonter » (une fois par an à une fois tous les ans globalement), les patients souffrant de dissociation fonctionnelle peuvent être guéris en une seule séance. Les approches développées pour le traitement de la dissociation fonctionnelle mobilisent de nombreuses connaissances et plusieurs outils thérapeutiques qui n'étaient pas disponibles à l'époque de P. Janet : cette progression des savoirs est l'une des pistes d'explication du meilleur taux de guérison entre la psychasthénie de Janet et la dissociation fonctionnelle d'aujourd'hui. C'est pourquoi nous aborderons, à la fin de ce texte, les principes directeurs du traitement que nous avons développés pour la dissociation fonctionnelle.

Les propriétés de la dissociation fonctionnelle, et son importante prévalence, n'ont pas échappé à l'attention d'autres cliniciens des générations antérieures ; nous allons voir en particulier que G. Bateson avait décrit des troubles extrêmement proches de la dissociation fonctionnelle, et quelques pistes pour élucider la raison pour laquelle ces travaux n'ont pas eu de postérité reconnue en psychiatrie.

4. Dissociation fonctionnelle et Double-contrainte de G. Bateson

La schizophrénie, conceptualisée par Jung et Bleuler dans les années 1910, s'inspire fortement des travaux de Janet [14,18]. Jung avait suivi les cours de Janet au Collège de France, et il collabore ensuite avec Bleuler sur la schizophrénie. Ainsi, les idées fixes de Janet deviennent les « complexes », l'abaissement du niveau mental est repris en français dans le texte, et la dissociation de Janet devient la *Spaltung* de la schizophrénie. Quelques décennies plus tard, l'anthropologue G. Bateson, fondateur de l'École de Palo-Alto, approfondit ses recherches concernant la communication en contexte psychiatrique. Après l'arrivée du psychiatre D. Jakson, le groupe publie un article fondateur : « *Vers une théorie de la schizophrénie* » [2]. Dans cet article apparaît un concept d'une importance majeure, celui de « double contrainte » (*double bind*).

Pour les auteurs, la schizophrénie serait causée par l'exposition prolongée à des messages paradoxaux imposant une double contrainte impossible à résoudre : des messages dans lesquels une modalité contredit l'autre, par exemple une mère réclame de l'affection, mais rejette le rapprochement de son enfant. L'enfant, incapable de surmonter cette contradiction, se « dissocie » : il vit alors ce que Bleuler appelait une *Spaltung* comme cause première de la schizophrénie. Avec G. Bateson et le double-lien, la schizophrénie devient une maladie de la communication paradoxale.

Ces symptômes correspondent au témoignage de nombreux patients. L'une des raisons de cette correspondance est que souvent les PE (ou parties dissociées de la personnalité) incarnent une personne que le patient connaît ou a connu : souvent un membre de sa famille... ou lui-même enfant. Ces recherches pertinentes n'ont pas reçu toute l'attention qu'elles méritaient. En effet, la théorie de la double contrainte de Bateson et collègues n'a pas été adoptée par la communauté psychiatrique, restant cantonnée au domaine communicationnel. Il est possible d'en trouver une cause : G. Bateson et al. n'ont identifié qu'un double lien, là où la pratique clinique démontre qu'il se tisse souvent des triples liens, des quadruples liens, et en vérité, des liens de tous ordres. En identifiant le double lien à la dissociation de Bleuler, descendante directe de celle de Janet, Bateson a fait un pas décisif vers l'élucidation du trouble dissociatif, mais il s'est arrêté en chemin. La double contrainte implique seulement une PAN et une PE, alors qu'en pratique, elles sont souvent plus nombreuses. Comme l'avait montré Janet, la dissociation peut fragmenter la personnalité en plus que deux parties : seule la dissociation structurelle primaire produit seulement deux parties (une PAN et une PE), les dissociations secondaire et tertiaire en produisant plus.

C'est pourquoi, dans la perspective adoptée ici, la dissociation fonctionnelle est, certes, de même nature que la double contrainte de Bateson, mais elle est plus générale, et plus conforme aux données cliniques : comme nous le suggèrent la majorité de nos patients, la dissociation fonctionnelle doit inclure la triple contrainte, la quadruple contrainte et finalement, la « *n-uple* » contrainte.

La différence entre une double contrainte et une triple, quadruple ou *n-uple* contrainte n'est pas seulement lexicale : elle change en profondeur l'approche du diagnostic et du traitement des patients. En effet, le tableau clinique est différent entre un patient à une f-PAN et une f-PE et un autre patient littéralement torturé par une horde de f-PE toutes en guerre les unes contre les autres. Il y a ici un saut de complexité que les systémistes – dont Bateson était le chef de file – connaissent bien : à partir d'un certain nombre de composants du système, « le tout est plus que la somme des parties ». Ce seuil franchi, tout le système réagit différemment : il se produit le phénomène de l'émergence, bien décrit par l'École de Palo-Alto. En réduisant arbitrairement leur modèle à une double contrainte (au détriment d'ordres plus élevés), Bateson et ses collègues n'ont pas pu constater de dissociations d'ordre plus élevé, après quoi ils n'ont pas pu déceler les phénomènes d'émergence qui en résultaient.

5. Quelques principes du traitement de la dissociation fonctionnelle

La dissociation fonctionnelle partage avec la dissociation structurelle un ensemble de symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux. C'est cette multiplicité des symptômes qui impose aux traitements d'être eux-mêmes dotés de plusieurs dimensions [13]. Les thérapies purement verbales reposent sur le témoignage des patients, un témoignage qu'ils ne peuvent pas toujours fournir, car, comme nous l'avons vu, de nombreux patients ignorent la cause profonde de leurs troubles et viennent consulter pour d'autres motifs. C'est pourquoi des approches semi-verbales, voire non verbales, sont les mieux adaptées au traitement de la dissociation fonctionnelle.

Parmi les approches semi-verbales ou non verbales, les thérapies intégratives centrées sur la neurobiologie profonde du trouble sont certainement celles au plus fort potentiel. À la frontière du corps et de l'esprit, ces approches de type « bas-haut » (*bottom-up* en anglais) ont pour particularité de mobiliser les ressources neurophysiologiques des patients en évitant tout risque

de suggestion de la part du thérapeute. C'est ce qui caractérise, par exemple, la Thérapie Intégrative Corps-Esprit (TICE®), que je développe depuis les années 1990. L'alliance thérapeutique ainsi construite (le double accordage du *Brainspotting*) permet de mener le traitement en préservant totalement la liberté et l'initiative du patient : c'est le patient qui oriente la cure vers le chemin qui lui correspond authentiquement, et non le thérapeute. L'intégration de la personnalité se fait sans contrainte ni distorsion. De ce point de vue, le thérapeute n'est qu'un guide : il accompagne le patient sur le chemin que le patient se trace lui-même, sans subir d'influence extérieure potentiellement nuisible. C'est cette approche intégrative semi-verbale, en particulier, qui permet d'éviter au thérapeute de (re)jouer le rôle d'agresseur pour le patient, un écueil majeur de bien d'autres approches, déjà théorisé au siècle dernier.

Centrée sur la neurophysiologie des liens corps-esprit, une thérapie non verbale intégrative aura pour cible la mobilisation des ressources propres du patient dans un but curatif qui s'apparente souvent à de l'autogénération (D. Grand le soulignait déjà). La mise au jour – progressive ou rapide – de la problématique principale fait émerger les f-PE (souvent nombreuses) dont certaines sont les alliés, et d'autres, les agresseurs de la f-PAN. Ce système bloqué dans le passé est incapable d'évoluer, provoquant la souffrance chronique des patients. En identifiant les états neurophysiologiques correspondant à ces parties fonctionnellement dissociées, le traitement débouche rapidement sur un effet remarquable : des énergies internes sont libérées pour liquider des actions jadis impossibles, et souvent inachevées depuis des années.

Comme la dissociation structurelle, la dissociation fonctionnelle est une structure morbide soutenue par un rapport défailant au passé : en ramenant le patient à l'ici et maintenant, en aidant son attention à se focaliser sur le moment présent, l'approche intégrative dénoue ce que Janet appelait déjà « l'accrochage » : c'est par un effet analogue que sont traitées les amnésies, dans les cas de dissociation structurelle.

Différents outils thérapeutiques peuvent être mobilisés pour obtenir de tels résultats. Plusieurs études ont démontré l'efficacité du *Brainspotting*, de l'EMDR ou des TCC. Pour sa part, la TICE® synthétise les apports de ces diverses approches, tout en apportant des spécificités propres à la dissociation fonctionnelle. Globalement, le traitement aura d'autant plus d'efficacité qu'il mobilisera l'activation du système nerveux autonome : voies sympathique et parasympathique. La Thérapie intégrative corps-esprit® et le *Brainspotting* exploitent activement ce potentiel en se plaçant dans le cadre de la théorie polyvagale de S. Porges : l'intervention vise à diminuer l'activité de la voie vagale dorsale, tout en augmentant celle de la voie vagale ventrale.

6. Conclusion

La notion de dissociation fonctionnelle se propose de combler un espace conceptuel entre, d'une part, le TDI modélisé par la dissociation structurelle et, d'autre part, un ensemble de troubles moins bien délimités, dont la communication paradoxale de Bateson et la psychasthénie de Janet sont les plus proches représentants historiques. Comme pour le TDI, la dissociation fonctionnelle s'accompagne d'importantes comorbidités dont il est utile de savoir écarter le rôle causal. L'amnésie dissociative (dont la fugue est l'un des symptômes les plus frappants) est la principale propriété qui distingue sans ambiguïté une dissociation structurelle d'une dissociation fonctionnelle. Typique dans les cas de TDI, l'amnésie entre parties dissociées est généralement inexistante dans les dissociations fonctionnelles. Des recherches cliniques seront utiles pour préciser le tableau clinique de cette nouvelle entité, dont la caractérisation préliminaire ici proposée aide déjà

les patients et leurs thérapeutes à mieux maîtriser diagnostics et traitements.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Barlow R, Chu J. Measuring fragmentation in dissociative identity disorder: the integration measure and relationship to switching and time in therapy. *Eur J Psychotraumatol* 2014;5. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.22250>.
- [2] Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956;1:251–64.
- [3] Dell P, O'Neil J. In: Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. New York: Routledge; 2009.
- [4] Garrabé J. La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. *Evol Psychiatr* 1999;64:717–26.
- [5] Hilgard ER. In: Divided consciousness: multiple controls in human thought and action.. New York: Wiley; 1977.
- [6] Janet P. In: 1889. L'Automatisme psychologique. Paris: L'Harmattan; 2005.
- [7] Janet P. In: 1894. L'état mental des hystériques. Paris: L'Harmattan; 2004.
- [8] Janet P. In: 1909. Les névroses. Paris: L'Harmattan; 2008.
- [9] Janet P. In: 1919. Les médications psychologiques. Paris: L'Harmattan; 2007.
- [10] Lanius U, Paulsen S, Corrigan F. Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: towards an embodied self. *Arch Womens Ment Health* 2015;2:265–6.
- [11] Martinez-Taboas A, Dorahy M, Sar V, Middleton W, Krügar C. Growing not dwindling: international research on the worldwide phenomena of dissociative disorders. *J Nerv Ment Dis* 2013;201:353.
- [12] Mayer B. In: La psychothérapie non verbale des traumas. Un autre chemin pour guérir du psychotraumatisme.. Paris: L'Harmattan; 2017.
- [13] Mayer B, Pasqualin F. In: Passé traumatique, présent chaotique, futur guéri. Paris: Librinova; 2020.
- [14] Moskowitz A. 2005. Pierre Janet's influence on Bleuler's concept of schizophrenia. *Janetian Stud Actes Conf* 2006;01:24–39.
- [15] Ross C, Duffy C, Allison J. Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *J Trauma Dissoc* 2002;3:7–17.
- [16] Saillot I, Van der Hart O. Pierre Janet: French psychiatrist, psychologist, and philosopher, in pathfinders in international psychology. Charlotte, NC: Information Age; 2015. p. 53–64.
- [17] Saillot I. Grand angle : le concept de dissociation de Janet à aujourd'hui, dérive et écueil. *Eur J Trauma Dissoc* 2017;1:205–9.
- [18] Saillot I. Petit historique de la dissociation. In: Kedia M, Vanderlinden J, Lopez G, et al., editors. Dissociation et mémoire traumatique.. 2^e édition, Paris: Dunod; 2019. p. 1–28.
- [20] Van der Hart O, Brown P, Van der Kolk B. Le traitement psychologique du stress post-traumatique de Pierre Janet. *Ann Med Psychol* 1989;147:976–80.
- [21] Van der Hart O, Friedman B. A reader's guide to Pierre Janet: a neglected intellectual heritage. *Dissociation* 1989;2:3–16.
- [22] Van der Hart O, Dorahy M. Dissociation: history of a concept.. In: Dell PF, O'Neil JA, editors. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.. New York: Routledge; 2009.
- [23] Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. In: Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique... Bruxelles: De Boeck; 2010.