



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

Le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), du nouveau dans la division subjective ?

Dissociative Identity Disorder (DID): A New Twist on Subjective Division?

Quentin Dumoulin (Psychologue clinicien, Maître de conférences)^{a,*}, Pierre Bonny (Psychanalyste, psychologue clinicien, Maître de conférences)^b

^a Laboratoire Interdisciplinaire Récits Cultures Sociétés (LIRCES), université Côte d'Azur, campus Carlone, 98, boulevard Édouard-Herriot, BP 3209, 06204 Nice cedex 3, France

^b Laboratoire Recherches en psychopathologie et psychanalyse (RPpsy), université Rennes 2, place du Recteur-Henri-Le-Moal, CS 24307, 35043 Rennes cedex, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 21 septembre 2023

Accepté le 16 janvier 2024

Mots clés :

Dissociation

Trouble dissociatif de l'identité

Trouble dissociatif

Hystérie

Psychose hystérique

Psychanalyse

Schizophrénie

Psychotraumatisme

R É S U M É

Objectifs. – Il s'agit d'étudier les enjeux psychopathologiques et socioculturels du TDI (Trouble Dissociatif de l'Identité), en lien avec la façon dont l'épidémie des « personnalités multiples » s'est dissoutue à la fin du XX^e siècle.

Méthode. – Nous retraçons d'abord l'histoire du trouble dissociatif en revenant sur les critères diagnostiques du TDI (DSM-5 et CIM-11) pour les comparer avec ceux de l'ancien TPM (Trouble de la Personnalité Multiple) du DSM-III. Nous revenons ensuite sur le concept de « dissociation » en psychiatrie, en soulignant quelques difficultés de traduction et sa plurivocité. Puis, nous proposons de mobiliser le concept des effets de boucle (I. Hacking) pour rendre compte de l'évolution de la nosologie des classifications internationales. Enfin, nous concluons sur les enjeux de la pratique clinique auprès de patients concernés.

Résultats. – Le changement de nomination du trouble dissociatif (de TPM à TDI) s'est effectué en réponse à des controverses médico-légales des années 1990. Pour autant, cette nouvelle étiquette diagnostique ne résout ni la problématique épistémologique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : quentin.dumoulin@univ-cotedazur.fr (Q. Dumoulin).

autour de la dissociation (autour du différentiel névrose/psychose), ni la question des accompagnements thérapeutiques. Le TDI fait aujourd'hui l'objet de deux lectures opposées entre le modèle psychotraumatique et le modèle socio-cognitif. S'ils présentent des écarts et des conceptions irréconciliables de la dynamique des troubles psychiques, ils soulignent tous deux de nombreux points communs à propos du TDI. L'existence de la possibilité de cohabitation de différentes consciences, identités, ou personnalités n'est pas remise en cause. De même, la question du traumatisme est examinée par les tenants des deux modèles.

Discussion. – Le succès du TDI pourrait ainsi être en partie expliqué comme un retour de la thèse initiale de la division subjective (Freud, Lacan), incompatible avec l'idée d'un moi fort unifié comme idéal de santé mentale. Pour autant, la logique de « boucle » propre aux classifications des troubles psychiques conduit à reconnaître au TDI une possibilité de nomination par les patients de certains de leurs symptômes. Ainsi, la question n'est pas de déterminer la supériorité d'un modèle « explicatif » du TDI mais d'examiner la dynamique qui a conduit le sujet à être identifié à ce diagnostic. Dans le cas que nous présentons, le TDI est lié à un vécu psychotique chez le patient.

Conclusion. – Le succès du TDI est contemporain d'interrogations sociales autour des questions d'identité. Les dynamiques du lien social propres au développement de nouvelles nominations ne peuvent cependant pas éclipser un certain réel de la folie se manifestant au travers de phénomènes dissociatifs. L'inconscient comme autre scène peut ainsi éclairer la logique de ces mécanismes, notamment en s'appuyant sur les outils du diagnostic structural proposés par la psychanalyse d'orientation lacanienne. Ces repérages permettent de préciser les conditions d'un accueil et d'une élaboration des troubles sous transfert pour les patients concernés.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Dissociation
Dissociative identity disorder
Dissociative disorder
Hysteria
Hysterical psychosis
Psychoanalysis
Schizophrenia
Psychotrauma

Objectives. – The aim is to examine the psychopathological and sociocultural implications of DID (Dissociative Identity Disorder), in relation to the way in which the epidemic of “multiple personalities” had dissipated by the end of the 20th century.

Method. – We begin by tracing the history of dissociative disorder, reviewing the diagnostic criteria of DID (DSM-5 and ICD-11) and comparing them with those of the former MPD (Multiple Personality Disorder) in DSM-III. We then return to the concept of “dissociation” in psychiatry, highlighting some translation difficulties and its plurivocity. Finally, we conclude with a discussion of the issues involved in clinical practice with the patients concerned.

Results. – The renaming of dissociative disorder (from MPD to DID) was a response to the forensic controversies of the 1990s. However, this new diagnostic label resolves neither the epistemological issues surrounding dissociation (around the neurosis/psychosis differential diagnosis), nor the question of therapeutic accompaniment. Today, DID is the subject of two opposing interpretations: the psychotraumatic model and the social-cognitive model. Although they present irreconcilable differences and conceptions of the dynamics of psychic disorders, they both emphasize many points in common with regard to DID. The possibility of the cohabitation of different consciousnesses, identities, or personalities is not called into question. Similarly, the issue of trauma is examined by proponents of both models.

Discussion. – The success of the DID could thus be partly explained as a return to the initial thesis of subjective division (Freud, Lacan), incompatible with the idea of a strongly unified ego as an ideal of mental health. However, the “loop” logic inherent in the classification of psychological disorders means that DID can be seen as a way for patients to describe some of their symptoms. So, the question is not to determine the superiority of an “explanatory” model of DID, but to examine the dynamics that led the subject to be identified with this diagnosis. In the case presented here, DID is linked to the patient’s psychotic experience.

Conclusion. – The success of DID is contemporaneous with social questioning around questions of identity. However, the dynamics of the social bond, specific to the development of a new vocabulary, cannot eclipse a certain reality of suffering manifested through dissociative phenomena. The unconscious as an “autre scène” can shed light on the logic of these mechanisms, notably by drawing on the tools of structural diagnosis proposed by Lacanian psychoanalysis. These insights help to define the conditions under which transference-related disorders can be accepted and elaborated for the patients concerned.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les témoignages sur le TDI (Trouble Dissociatif de l'Identité) se sont multipliés ces dernières années sur les réseaux sociaux (Instagram, YouTube, TikTok, Twitch, Discord) à la suite du film *Split*¹. Il s'agit principalement de jeunes femmes qui se présentent comme porteuses d'un TDI et expliquent leur quotidien dans ces contenus mis en ligne (vidéos, textes, échanges avec leur communauté).

Parmi les comptes les plus relayés, Olympe s'est faite connaître depuis 2021 au travers de ces réseaux socio-numériques comme porteuse « du trouble dissociatif de l'identité et d'autres troubles comme le trouble borderline, l'anxiété généralisée, le TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) ou encore les TCA (Troubles Des Comportements Alimentaires) (tous officiellement diagnostiqués par des professionnels.) » [1]. Elle a défrayé la chronique au début de l'année 2023 en annonçant vouloir recourir au suicide assisté [2], ne parvenant plus à supporter la souffrance induite par ses différents troubles. Les vidéos se présentent sous le même format où la jeune femme se filme seule, dans ce qui semble être son domicile, face caméra. Olympe témoigne au quotidien de son vécu psychique, décrit ses difficultés, notamment celle de vivre avec ses *alters*². Pour elle, le TDI est un trouble neurobiologique, où chaque identité serait reliée à une partie du cerveau distincte, le tout cohabitant dans un système éclaté, dominé par deux « hôtes » principaux. Olympe se plaint également des critiques et des remises en question de ses propos qui peuvent être tenus en ligne par les internautes. Cette contestation dubitative qu'elle décrit comme importante et permanente est difficile à supporter pour la créatrice de contenus. Elle décide donc de ne plus accepter aucun commentaire critique quant aux propos qu'elle peut tenir. Dans sa démarche de soins, les différents spécialistes qu'elle a consultés (psychologues et psychiatres) semblent, pour elle, garantir son expérience de vie. Olympe explique en effet sa progression à partir du discours rapporté de ses psychothérapeutes, selon

¹ Hollywood a produit en 2016 le film à succès *Split* (1,7 millions d'entrées en France), qui met en scène un personnage ayant un trouble dissociatif de l'identité. Plusieurs communautés de patients TDI, ainsi que des médecins spécialistes de ce trouble ont d'ailleurs reproché au film de Night Shyamalan de véhiculer de fausses informations sur le TDI, associant le trouble à des activités criminelles.

² Dans le lexique du TDI, les *alters* désignent les différentes identités (et non seulement « personnalités ») qui habitent le corps du sujet.

qu'ils ont validé, invalidé, diagnostiqué ses troubles et nouveaux troubles. Il apparaît pourtant que l'identification de la jeune femme à ses troubles et leur instabilité, qu'elle travaille difficilement à circonscrire avec le circuit des thérapeutes, constitue une source de souffrance si majeure qu'on ne perçoit plus très bien la part que prendrait le trouble lui-même dans cette souffrance.

Cependant, on peut faire l'hypothèse que cette construction est importante pour la YouTubeuse. Pour autant, les plaintes qui jalonnent ses prises de parole et l'évocation de la solution d'un suicide assisté pour échapper à des vécus insupportables peuvent, il nous semble, également être lus comme une forme d'appel individuel, mais aussi comme l'expression d'une souffrance subjective qui s'exprime à travers le diagnostic de TDI. Mais, s'agissant d'un témoignage, nous ne pouvons pas discuter davantage le matériel diffusé. Il faut, selon nous, surtout remarquer la dimension paradigmatique du TDI dans le malaise dans la culture, spécialement pour les champs de la psychiatrie et de la psychopathologie.

L'engouement récent du discours médiatique, des pratiques artistiques et du grand public pour ce trouble illustre la prégnance des problématiques identitaires dans le lien social. Dans la sphère *mass*-médiatique et culturelle, les successifs changements de noms des artistes contemporains en témoignent aussi (on pense notamment à l'artiste *Christine and the Queens*, auto-renommée Chris à l'occasion d'un changement d'identité de genre, puis *red cars* ; ou à Elliot Page). Par ailleurs, on constate un succès des discours nationalistes et réactionnaires prônant un « retour aux sources » ou à une identité fantasmée comme auparavant plus solide et stable. Dans le monde académique, l'intérêt porté aux *cultural studies*, illustre cet engouement pour les questions d'identité, dans la mesure où ces études visent à mettre en évidence la particularité d'outils intellectuels propres et circonscrits à des aires culturelles. Les problématiques identitaires sont donc au cœur d'une tension, entre d'un côté la tentation conservatrice d'une identité unitaire et stable toujours perdue et à retrouver ; et, d'un autre côté, la vie quotidienne des grandes aires urbaines où se côtoient une multiplicité et une diversité de pratiques culturelles, culturelles, langagières, sociales, intellectuelles, etc. Les réseaux socio-numériques ouvrent ainsi un nouvel espace public mais, cette fois-ci, ce forum n'est plus réduit aux villes densément peuplées, mais est proposé à quiconque possède un appareil idoine, moyennant le paiement d'un abonnement.

La question de l'identité agite et fascine nos sociétés globalisées et apparaît aujourd'hui comme un nouvel avatar du *Malaise dans la culture* [3]. Au fond, la dimension intrinsèquement unitaire de l'identité, entendue comme qualité de ce qui est identique, semble appeler à la division, aussi bien sur le plan social, où la notion cristallise des positions politiques antagonistes, que sur le plan individuel, comme l'illustre la prise de parole d'Olympe par exemple. Ainsi, la catégorie moderne de l'adolescence, baromètre du social, a par exemple été, dès les années 1970, assimilée à la question de l'identité, mais sous la forme d'une « quête » associée à une « crise », par le psychanalyste américain Erik H. Erikson [4], comme le rappelle Costa [5]. Aussi, la dimension sociale et culturelle de la folie s'incarne rarement aussi bien que dans la division, la dissociation ou des moments de *fading* de la conscience, c'est-à-dire dans l'écart entre l'individu et lui-même. Classiquement, la conscience ne peut qu'être présentée comme unifiée chez l'individu pour le social, notamment dans le registre de la justice. Pourtant, du point de vue psychanalytique, la division est conçue comme inhérente au sujet. Par ailleurs, des manifestations de « folie dissociatives » peuvent être culturellement considérées comme normales dans certains contextes (trances, danse de saint-guy, possessions démoniaques, enlèvements extraterrestres, présences mystiques, etc.) Ces manifestations culturellement déterminées de la dissociation s'appréhendent de façon détachée des questions psychiatriques ou médicales (ce qu'avait documenté Jean Rouch avec ses *Maîtres fous* du Niger où le rituel filmé par le réalisateur venait démontrer le lien entre l'aspect formel des trances et la colonisation occidentale). En ce qui concerne aujourd'hui le TDI, on peut relever que sa diffusion dans les médias et les réseaux sociaux se présente souvent dans une volonté de déstigmatisation, d'explication du phénomène et donc, de « normalisation ». Finalement, le plan qui nous intéresse se situe à l'articulation de la sphère culturelle et de la singularité individuelle. Les deux sont indissociables, si l'on considère à la fois l'inscription sociale du sujet (ce qui rend ses symptômes ou ses modes d'énonciation largement tributaires des conditions de prise de parole auprès de ses alter-egos), et le fait même que la subjectivité va se manifester dans une opposition à ce qui peut être prescrit socialement.

En outre, le problème est que la limite n'est pas toujours très claire entre la présentation d'un savoir sur le TDI et la validation de l'idée selon laquelle il y aurait plusieurs personnalités voire personnes à l'intérieur de l'individu ou dont l'individu aurait été dissocié. La frontière entre la description des manifestations du trouble et l'analyse du trouble semble parfois très ténue voire inexistante, de sorte que le clinicien paraît aligné sur le discours du patient, ne s'attachant plus à discerner la dimension psychopathologique de ses propos [6].

À partir de ces constats, il nous paraît important de procéder à un repérage théorique dans l'histoire de l'évolution des idées et notions, entre dissociation et division, folie et normalité, subjectif et social, individuel et culturel, etc. Ce travail de repérage est d'autant plus nécessaire que se posent actuellement des problèmes pratiques et cliniques, dans la mesure où l'usage des réseaux sociaux ne « normalise » pas entièrement le TDI, et qu'une souffrance reste associée dans ces présentations. Ainsi, aujourd'hui, du côté des pratiques en psychiatrie et en santé mentale, où l'un de nous exerce, les professionnels de terrain rencontrent des patients arrivant en consultation très informés de ces discours véhiculés sur les réseaux, cherchant tantôt à valider leurs auto-observations, à authentifier leur diagnostic, ou à adresser les questions que leur auront suggérées leurs recherches.

En conséquence, il s'agit dans cet article, d'abord, de resituer la problématique actuelle du TDI (modèle sociocognitif et modèle neurobiologique) par rapport aux évolutions des nosographies, en rappelant la rupture spectaculaire engendrée par le diagnostic du trouble de « personnalité multiple » (1980) et les suites provoquées sur les plans judiciaire, psychiatrique et psychopathologique. Ensuite, nous examinerons les raisons du « succès » médiatique du TDI à la lumière des travaux d'anthropologues, de sociologues et de psychanalystes ayant relevé d'un côté la congruence des maladies et des modèles en psychiatrie (I. Hacking), et de l'autre la prééminence des discours sur l'identité dans notre lien social contemporain. Enfin, nous proposons des repères pour les pratiques cliniques avec des patients se présentant comme porteurs d'un TDI. Nous interrogerons notamment l'écart et les enjeux distincts qu'il peut y avoir entre une parole adressée, qui tient compte d'un « transfert » et les témoignages spontanés qui se diffusent sur les réseaux sociaux à propos du TDI. À partir d'un cas, nous montrerons que le TDI doit être considéré dans sa fonction subjective et dans l'ensemble d'un tableau clinique qui ne s'y réduit pas. Nous concluons en discutant les façons dont il peut s'agir d'accueillir ce type de nomination diagnostique dans les pratiques cliniques.

2. Le « Trouble Déficit de l'Identité », modèle sociocognitif vs modèle neurobiologique

2.1. Le TDI dans les classifications internationales contemporaines

Actuellement, le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition) propose le diagnostic de TDI sous la forme de cinq critères (A, B, C, D, E). Les trois premiers (A, B, C) sont inclusifs :

« A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.

B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.

C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. » ([7], p.380)

Les deux derniers critères sont exclusifs, le critère D. vise à différencier les manifestations symptomatiques du TDI de « pratique culturelle ou religieuse largement admise » et des « jeux d'imagination »

chez l'enfant. Le critère E. précise que ces phénomènes ne doivent pas être liés à la prise de substance psychoactive ou à une cause neuro-épileptique ([7], p.380).

La CIM (Classification Internationale des Maladies, OMS) dans sa onzième version reproduit ces mêmes critères diagnostiques inclusifs et exclusifs, insistant également sur la souffrance impliquée par le trouble sur le fonctionnement social du sujet. Dans les deux classifications, la question du diagnostic différentiel (notamment avec la schizophrénie dans le DSM) est prévalente, la CIM précisant que les « symptômes [du TDI] ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris aux effets d'un sevrage, ni à une maladie du système nerveux ou à un trouble du cycle veille-sommeil. » [8].

Il faut remarquer que ce tableau clinique du TDI reprend en grande partie celui présenté sous le nom de TPM (Trouble de la personnalité multiple), avant 1994³ ([9], p. 259). Du DSM-III au DSM-IV, ce changement sémantique (de personnalité multiple à dissociation de l'identité) renvoie dans les deux cas à des descriptions similaires des phénomènes psychopathologiques. Dans le DSM-III, seuls trois critères inclusifs étaient spécifiés (les critères exclusifs apparaissant dans les révisions suivantes, synchrones de la nouvelle nomination). L'accent y était porté sur les écarts entre les différentes personnalités, avec un aspect spectaculaire indéniable : « Les personnalités individuelles sont presque toujours assez divergentes et semblent souvent opposées. Par exemple, une vieille fille tranquille et retirée peut alterner avec une habituée des bars flamboyante et libertine certains soirs » ([9], p.259). Si l'on passe de la « personnalité » à « l'identité », on met l'accent sur la nécessaire unité de l'individu (identité) et on évite l'écueil d'une confusion du TPM avec les troubles de l'humeur.

L'autre différence majeure entre TPM et TDI est le rôle des drogues. Là où dans les années 1980-1990, les entretiens facilités par les hypnotiques étaient des thérapies recommandées, y compris pour distinguer les TPM des troubles factices et des simulateurs ([9], p.259), la drogue devient un critère exclusif du diagnostic dans le DSM-IV-TR.

La conclusion sur la prévalence change également. Dans le DSM-III, le trouble est décrit comme « extrêmement rare » ([9], p.258). En revanche, dans le DSM-IV, le TDI est décrit de manière étonnante comme ou bien extrêmement rare et régulièrement surdiagnostiqué, ou bien réellement fréquent et mieux repéré. Ainsi, de l'aveu des rédacteurs eux-mêmes, la validité épidémiologique du trouble est donc incertaine. Dans le DSM-5, la prévalence est rétablie à un niveau plus « classique » des autres troubles mentaux, de l'ordre d'un peu plus du pourcentage ([7], p. 383).

Ces évolutions autour de la prévalence diagnostique du trouble sont l'écho des débats présents dans la littérature aujourd'hui consacrée au TDI, qui peut se répartir entre deux grands modèles.

Dans le premier modèle, que nous nommons « modèle neurobiologique », le TDI serait la conséquence d'un traumatisme dont peut attester un souvenir précis remémoré par le patient (avec ou sans l'aide du thérapeute ou de l'expert). Selon O. Piedfort-Marin, « La plupart des recherches sur la dissociation [...] sont en effet réalisées sur des patients gravement traumatisés dans l'enfance » ([10], p.8). Dans ce modèle, le TDI reposerait sur un mécanisme cérébral déterminé ou à déterminer avec les outils objectivants de la médecine scientifique [11]. Pour L. Carlier, « Les études récentes en imagerie concernant le TDI plaident en faveur de la reconnaissance du TDI en tant qu'entité clinique au même titre que les autres symptômes dissociatifs (amnésie dissociative, fugue dissociative. . .) et confirment le lien entre TDI et psychotraumatisme » ([12], p.51). Ce modèle axe donc sa lecture du phénomène à partir du mécanisme du traumatisme, ce qui peut amener ces auteurs à rapprocher le TDI du Trouble du Stress Post-Traumatique, en rappelant l'existence de « manifestations dissociatives caractéristiques du TSPT » ([13], p.190). Ce rapprochement plaiderait notamment en faveur de l'hypothèse d'une étiologie cérébrale du TDI. Ce dernier serait donc causé par un traumatisme ayant impacté un certain fonctionnement cérébral, et dont les effets cliniques seraient les symptômes menant au diagnostic de TDI.

³ Les critères diagnostiques de TPM étaient les suivants : laquo; A. L'existence chez l'individu de deux ou plusieurs personnalités distinctes, dont chacune est prédominante à un moment donné. La personnalité prédominante à un moment donné détermine le comportement de l'individu. Chaque personnalité individuelle est complexe et intégrée avec ses propres modèles de comportement et ses relations sociales ».

Dans le second modèle, que nous nommerons « socio-cognitif », le TDI est considéré comme un artefact culturel lié à l'exercice et aux pratiques de la médecine moderne. La psychiatrie contemporaine chercherait à objectiver des phénomènes d'abord sociaux qu'elle pathologiserait avec les outils de la science statistique, et dont la conséquence serait la production de phénomènes épidémiques à partir de tableaux cliniques variés, qui ne seraient plus distingués, du fait de ces « effets de mode ». Les sujets porteurs de TDI sont perçus comme développant des rôles, des « moi » cognitifs différents, renforcés socialement [14]. Ce modèle se présente ainsi comme une critique culturelle plus ou moins virulente, affirmant que « chaque culture développe sa propre théorie de la mise en œuvre de l'identité multiple. Ces théories locales reflètent les structures et les institutions sociales culturellement déterminées et se traduisent par des attentes spécifiques à la culture qui guident à la fois les mises en scène d'identités multiples et les réactions du public à ces mises en scène » ([14], p.160, notre traduction). Les tenants du modèle socio-cognitif soulignent ainsi le rôle de l'environnement social sur le développement des troubles (violence, précarité sociale et symbolique, écosystème traumatogène, etc.). Face à ce qui leur apparaît comme une causalité trop brusque entre étiologie cérébrale et dissociation traumatique, les auteurs s'inscrivant dans ce modèle plaident pour la reconnaissance d'« autres variables ou mécanismes [qui] doivent être élucidés pour mieux rendre compte des expériences et des troubles dissociatifs » ([15], p. 858, notre traduction).

2.2. Les types de psychothérapies actuelles du TDI

Dans ces deux modèles théoriques majeurs, le TDI est toujours associé à la question d'un « trauma » (au sens d'une agression) qui serait rendu responsable de la dissociation, de l'éclatement de l'individu en plusieurs personnalités distinctes et alternantes. Les thérapeutes proposent de retrouver ce moment traumatique et de faire émerger l'ensemble des personnalités du sujet pour ensuite promouvoir une « intégration » des différentes instances [10,16]. Si nous ne remettons pas en doute l'intention louable au principe de cette méthode, on ne peut pas non plus totalement occulter l'effet de suggestion inhérent à ce seul protocole.

Les phénomènes de dissociation sont un terrain de recherche particulièrement propice à l'inventivité des thérapeutes qui ont usé notamment dans le cadre du TPM d'un arsenal thérapeutique varié et très outillé. Outre l'hypnose utilisée pour retrouver le souvenir considéré comme traumatogène, on a pu recommander l'entretien thérapeutique avec administration préalable de substance (barbiturique). L'authenticité des confessions des patients ainsi drogués en amont de la recollection de leurs souvenirs traumatiques par les experts de la dissociation n'a pas manqué de faire réagir et d'alimenter la querelle autour des aspects iatrogènes du trouble. Les tenants de ces méthodes de l'entretien facilité par la substance argumentaient cependant l'efficacité des sédatifs administrés quant au surmontement des résistances – ce dont nous ne saurions douter. Cependant, on observe aujourd'hui un abandon de ces méthodes, où les traitements pharmacologique et psychothérapique sont évalués de façon différenciée bien qu'ils soient associés dans les traitements du TDI [17]. En revanche, les techniques hypnotiques ont fait leur grand retour au travers de protocoles réinventés, dont l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) de F. Shapiro [18], qui est régulièrement recommandé dans la psychothérapie du TDI [10].

Bien que les étiologies supposées soient assez claires dans les deux modèles (une origine traumatique avec une « empreinte » neurale pour le modèle du psychotraumatisme ; un jeu de forces psychosociales pour le modèle socio-cognitif), les recommandations thérapeutiques ne peuvent que se tourner vers la psychothérapie relationnelle et la pharmacopée [19]. Ainsi, pour O. Piedfort-Marin « en cette période où la pratique psychothérapeutique est fortement influencée par les recherches en neuro-imagerie et neurophysiologie, il n'est pas inutile de continuer à développer les théories psychologiques et leurs applications cliniques » ([17], p.8). En effet, les « nouvelles pistes de réflexion pour des développements pharmacologiques » ([11], p.900) restent aujourd'hui à l'état de promesses, et le DSM-5 recommande un « traitement approprié » qui semble ne pouvoir se réduire qu'à une « thérapie prolongée de soutien » ([7], p.385).

2.3. Points communs et limites des modèles de l'identité

Si opposés que soient ces deux modèles du TDI, ils s'accordent sur la réalité des phénomènes de dissociation et les liens fréquents de ces symptômes avec une origine traumatique. Le risque inhérent à chacun de ces deux modèles est un réductionnisme biologique (pour le modèle psychotraumatique), ou social (pour le modèle socio-cognitif). À ces extrêmes, le premier modèle ne pourrait plus percevoir une certaine réalité voire fonction de la folie pour le social (« normalité » des manifestations de dissociation dans certains contextes) ; et le second modèle dénierait au phénomène de la folie, une dimension subjective et singulière dans son mode d'expression (dimension irréductible du « cas », qui ne relève pas entièrement d'une construction sociale). La limite inhérente à ces modèles établis est également de présenter le TDI comme un état de fait alors qu'il repose, comme l'ensemble des troubles définis par la statistique, sur un consensus mouvant. Cette motilité des entités diagnostiques est traitée ci-après, mais nous pouvons déjà souligner que le TDI renvoie d'abord à une histoire de notions intriquées : identité, folie, souffrance, dissociation, traumatisme, etc.

À cet égard, la notion même d'identité entraîne un certain nombre de paradoxes, lorsqu'elle est utilisée dans le champ de la psychopathologie. Par définition, en effet, l'identité n'est pas divisible (elle est « une », elle fait l'unité de l'individu et son unicité), elle est comme telle a-processuelle, c'est ce qui fait son caractère identique : l'identité renvoie à elle-même (elle est toujours déjà-là et constante). Or, le TDI objecte *a priori* à cette nécessité d'unicité et de constance de l'identité (puisqu'il présente le sujet comme « hôte » d'autres identités qui peuvent se succéder), d'où résulterait la « nature » pathologique du trouble. L'originalité du modèle neurobiologique du psychotraumatisme est alors de considérer la thérapie des identités multiples comme un processus de convergences des identités vers une identité *une*, supposée « véritable » du sujet, d'où l'emploi de termes tels qu'« intégration » ou « fusion » [20]. La thérapeutique est ainsi conçue comme un retour à la normale, par la réintégration des identités en une seule. Mais, de ce point de vue, le processus trauma-dissociation-thérapie s'avère lui-même a-processuel dans la mesure où il se présente comme un retour à un état normal, antérieur à la pathologie, comme si celle-ci n'avait produit aucune altération qualitative du psychisme. Ainsi, si la force du concept d'identité est bien de pouvoir isoler ce qui demeure égal, identique, dans ce qui flue, c'est aussi à ce titre qu'on peut difficilement lier « identité » et « changement » (au sens de « processus », « dynamique », nécessairement lié aux mécanismes psychopathologiques et thérapeutiques). Or les éléments psychiques ne peuvent pas disparaître entièrement [21] et l'état pathologique entraîne nécessairement un changement qualitatif psychique [22].

Sur le plan étiologique, causalité psychique et organique sont régulièrement confondues sur la base des apports de l'épigénétique. Cependant, les étiologies des modèles gagneraient à éviter l'aporie à laquelle mène la réduction de l'individu à son cerveau. Celle-ci peut tendre en effet à ce paradoxe d'une cohabitation de plusieurs individus-cerveaux dans un même individu-cerveau. Poussé à l'extrême on peut, à raison, se demander quelle partie du cerveau est occupée par quelle personnalité, si ces personnalités sont elles-mêmes susceptibles de dissociation, et ce qu'elles deviennent au terme de la thérapie (ont-elles fusionné dans la réunification, sont-elles annulées ou alors « mises en veille ») ? Cela provoquerait une contradiction avec le modèle basal d'une conception héritée de la philosophie analytique de l'identité, dans laquelle le référent ultime de l'individu est son cerveau [23]. Finalement, n'est-ce pas le diagnostic lui-même d'un trouble porté par un individu qui montre le plus clairement la contradiction interne à l'idée de « dissociation de l'identité » ? Si l'on accepte l'idée d'une dissociation de l'identité, comment alors identifier la personnalité touchée par le trouble qui va pouvoir bénéficier de la psychothérapie ? La thérapeutique se présente finalement comme un retour à la normale de l'identité, puisqu'elle permet la réintégration des identités en une seule. Tout se passe donc comme si les problèmes logiques posés par la conception même du TDI (la possibilité de coexistence d'identités distinctes) et de son traitement (la supposition d'une identité authentique) était finalement annulée par ledit traitement (qui envisage donc la possibilité d'une réintégration de différentes identités en une seule).

Le débat entre experts s'enlise [15,24,25]. Les tenants du modèle du psychotraumatisme accusent ceux du modèle socio-cognitif de ne pas tenir compte de la réalité du phénomène de dissociation ;

inversement, les tenants du modèle socio-cognitif accusent les défenseurs du modèle du psychotraumatisme d'induire et de soutenir les symptômes de dissociation chez leurs patients.

L'apport que nous proposons dans cet article pourrait constituer une troisième voie. Il nous semble en effet qu'il faut tenir compte du succès diagnostique et médiatique du TDI derrière lequel se distribue, comme nous l'avons montré, un certain nombre de théories explicatives, mais aussi de configurations psychopathologiques d'individus en souffrance et qui appellent à la conceptualisation de propositions thérapeutiques. Nous retenons donc des deux modèles présentés la nécessité d'envisager que le TDI relève d'un processus psychopathologique ayant une part de détermination sociale (et possiblement de détermination épigénétique bien que cela ne soit pas probant à l'heure actuelle). Mais nous distinguons notre approche en refusant le réductionnisme biologique et social, et nous montrerons en effet que la thérapeutique du TDI requiert de mobiliser la position du sujet sans l'identifier à son cerveau, et sans réduire son expérience à l'effet d'une construction sociale ou à la détermination d'un traumatisme.

3. Sujet et dissociation, une évolution historique des diagnostics et conceptions psychopathologiques

3.1. La dissociation dans la psychiatrie et ses limites juridiques

L'histoire du concept même de dissociation en psychiatrie est tortueux et fragmentaire. Son origine est difficile à établir, mais il reviendrait à Hecker d'avoir, avant la définition bleulerienne, souligné des aspects dissociatifs dans la démence précoce et sa proposition de l'hébéphrénie. Comme le soulignent Redaz et Rossel [26], la dissociation a présenté, tout au long de son histoire, des difficultés de traduction (*Spaltung* allemande versus *dissociation* et *splitting* anglais versus séjonction, division et dissociation françaises). L'empan sémantique qui y fait référence est donc large et facilite les malentendus quant aux manifestations symptomatiques qui s'y rattachent.

Du côté de la psychose, Bleuler introduit le mécanisme de *Spaltung* dans la démence précoce kraepelinienne, à la racine de son invention du terme de schizophrénie. Bleuler fait donc de la dissociation (*Zerspaltung*) un élément pathognomonique et radical (la racine *schize*) de la schizophrénie. Mais cette notion de « dissociation » est également présente dans l'école française, par exemple avec le groupe des folies discordantes de P. Chaslin (des auteurs affirment que Bleuler aurait reconnu cette similarité au point de dire qu'il aurait pu appeler la schizophrénie « folie discordante » ([27], p.8). Cette conception de la dissociation semble aujourd'hui pathognomonique du groupe des schizophrénies, sinon chez les psychiatres, au moins dans les médias et dans la culture populaire. Cependant, la dissociation ne saurait être réduite à la structure des psychoses : la notion a également été utilisée dans l'étude des névroses.

Alors que l'hystérie ne connaît pas encore tout à fait son heure de gloire, des psychiatres vont souligner la présence de mécanismes dissociatifs dans les présentations hystériques. D'où, par exemple, la dénomination symptomatique (« paradoxale » dit R. Evrard ([28], p.74) de « psychose hystérique » proposée par Krafft-Ebing [29,30]. On retrouve ainsi de façon majoritaire le concept de « dissociation » dans les diagnostics psychiatriques aussi bien du côté de la psychose que de l'hystérie. Le célèbre cas « Félida » du Dr Azam, que commente Freud, popularise le symptôme dans l'hystérie. Freud, pour sa part, préfère le terme de « migration » ([31], p.181) à celui de « division de la conscience » pour évoquer la dissociation dans l'hystérie. On peut lire dans cette préférence un souci quant au diagnostic différentiel avec la schizophrénie. Le symptôme de dissociation est présent dès les *Études sur l'hystérie* de Freud et Breuer (1895), où certains des symptômes d'Anna O. sont tout à fait évocateurs d'une dissociation (par exemple le fait qu'elle « change » de langue pour s'exprimer). Freud et Breuer évoquent ainsi à son propos une « dissociation de personnalité » ([32], p.31) et écrivent dès l'introduction de l'ouvrage que « nous nous sommes toujours davantage convaincus du fait que la dissociation du conscient, appelée "double conscience" dans les observations classiques, existe rudimentairement dans toutes les hystéries. La tendance à cette dissociation, et par là à l'apparition des états de conscience anormaux que nous rassemblons sous le nom d'états "hypnoïdes" serait, dans cette névrose, un phénomène fondamental » ([32], p.8). Cette thèse d'une « autre scène », héritée de la rencontre de Freud avec Charcot et des pratiques hypnotiques est une réponse aux conceptions janetiennes de la dissociation comme séparation de fonctions sur un même niveau de conscience (« automatisme psychologique ») ([33],

p.724). Chenivesse et De Luca constatent d'ailleurs qu'aujourd'hui « le rapport de force dans les différentes conceptions théoriques [de la dissociation selon Charcot ou Breuer et Freud tourne] au profit quasi exclusif des théories de Janet. » ([34], p.145).

Plutôt que le syntagme, de « psychose hystérique », la « folie hystérique » aura davantage de consistance dans la littérature psychiatrique, quitte à en devenir tautologique dans la langue courante. Le concept est étudié par J.-C. Maleval dans les années 1980 à travers une série clinique (syndrome de Ganser, possessions démoniaques, « grande hystérie ») où des symptômes rattachables à la structure névrotique s'avèrent tout à fait affins à une certaine folie. D'où la proposition malevalienne de distinguer le *délirium* hystérique du délire psychotique, en s'appuyant sur le diagnostic structural [35].

À la même période va apparaître le « trouble des personnalités multiples » (TPM), diagnostic du DSM-III (1980), sur fond d'évacuation des repérages structuraux névrose/psychose aux États-Unis, d'un désintéressement pour le paradigme psychodynamique et d'une croyance dans une distinction possible et nette entre normal et pathologique [36]. L'unité de la personnalité, déterminée par la capacité à gérer des événements externes potentiellement traumatiques, implique l'expression de toutes les possibilités de dissociation de cette unité du fait d'événements traumatiques qui n'auraient pas été assimilés par le moi. Comme le note par ailleurs F. Sauvagnat, le TPM émerge dans « un climat très particulier où les pratiques juridiques n'avaient guère moins d'importance que le renouveau des pratiques hypnotiques locales, la redécouverte des syndromes de mauvais traitements des enfants, la prégnance des mouvements féministes, et, *last but not least*, la persistance des figures diaboliques dans les traditions puritaines » [37].

Le diagnostic de TPM s'est alors diffusé via les tribunaux où son emploi est devenu problématique et a conduit à des impasses. Dans certains cas de figures, des personnes accusées ont ainsi pu invoquer un TPM pour bénéficier d'une reconnaissance en irresponsabilité (c'était une autre personnalité, étrangère au sujet jugé par le droit, qui commettait les crimes reprochés), ce qu'illustre le fameux cas Billy Milligan [38]. Dans d'autres cas, la personne plaignante devait convoquer la personnalité victime pour témoigner, puisque les autres personnalités du sujet ne conservaient aucun souvenir de l'agression. Ainsi, comme le rappelle S. Mulhern, en novembre 1990 à Oshkosh (Wisconsin), « plusieurs des personnalités violées [de la plaignante] furent invitées à “prendre le contrôle” du corps de la victime présumée, afin de témoigner. Chaque nouvelle personnalité qui émergeait était accueillie par le procureur, qui lui demandait son nom et, à la demande du juge, devait prêter serment avant de déposer » ([39], p.131).

Or, il semble assez évident que le droit, pour s'exercer et juger, ne peut avoir à faire qu'à un sujet unifié, indivisible (d'où la problématique majeure autour de la responsabilité pénale pour les sujets diagnostiqués pour des pathologies psychiatriques). Le TPM a donc transformé des controverses psychiatriques (par exemple autour du différentiel névrose/psychose) en dilemmes juridiques, où sentence judiciaire et hypothèse diagnostique semblaient se confondre. On peut considérer que des problématiques judiciaires qui posaient d'emblée la question de la responsabilité ont été traitées sans discernement psychopathologique. Mulhern a nommé « la débâcle satanique » ([40], p. 92) la multiplication des histoires de victimes des sectes sataniques porteuses de TPM. Il y eut donc un « rétropédalage judiciaire », les juges estimant le contenu et le nombre de ces témoignages peu crédibles. Ils demandèrent aux psychiatres de réviser leurs expertises, tandis que les « accusations de fausses accusations », avaient conduit ces derniers à se spécialiser aussi dans le droit : « Dans les séminaires de formation médicale continue sur les troubles dissociatifs, les groupes de travail les plus cotés devinrent ceux qui proposèrent des stratégies de défense devant la cour » ([40], p.95). Une limite venant du droit s'est donc finalement imposée au TPM, comme si la raison sociale venait freiner ce « pousse à la multiplication » de la personnalité. Ainsi, les versions révisées à partir du DSM-IV mettent l'accent sur une prudence nécessaire devant l'authenticité des souvenirs traumatiques retrouvés (ne pas les prendre au pied de la lettre en les traduisant directement dans des voies judiciaires), et lient « capacité dissociative » et « hypnotisabilité » ([41], p.609), jusqu'à ce que le DSM-IV remplace le TPM par le TDI en 1994.

Par la suite, les travaux psychanalytiques des années 2000, en particulier dans le courant lacanien, ont mis en évidence que les « fausses accusations » pouvaient résulter d'une confusion entre

fantasme et réalité, favorisée par la suggestion d'un cadre thérapeutique à la recherche de traumatisme réel—ces tableaux rappelant par ailleurs certaines descriptions de sujets hystériques du début du siècle [35,37,42]. Partant des impasses du TPM mises en évidence dans le domaine judiciaire, l'objectif est de maintenir une approche structurale qui permette de discerner le fonctionnement psychique au-delà du diagnostic et des réductionnismes comportementaux, pharmacologiques, ou sociaux. Ces travaux soulignent la dimension subjective et la part de responsabilité (d'implication) du sujet dans ses troubles. Ils insistent aussi sur la détermination culturelle du DSM et ses conséquences : évacuation des mécanismes psychopathologiques corrélés à l'hypothèse de l'inconscient, et en particulier d'une division subjective de structure, présentation a-théorique discutable, etc. [43]. On peut aussi envisager aujourd'hui que les tableaux de TPM correspondent à des cas de psychose mal stabilisés et que le diagnostic d'hystérie avait été trop étendu dans ce cadre [44].

Vingt ans après la fin des controverses liées au TPM, il semble donc que l'on se retrouve avec le TDI dans une situation analogue : les tableaux cliniques semblent relativement identiques, la causalité psychique inconsciente et les repérages structuraux sont évacués, les possibilités thérapeutiques sont très affirmées mais paraissent déraisonnablement optimistes et naïves (causalité traumatique généraliste, « réunification » du patient, localisation cérébrale). Les points communs entre les deux troubles et leurs histoires croisées peuvent apparaître comme une répétition symptomatique. Cette dernière a tout de même engendré un déplacement : le pluriel des « personnalités » du TPM s'est réduit au singulier de la dissociation de l'identité pour le TDI—peut-être un écho à une certaine crispation sociale sur la nécessité de faire exister et promouvoir une identité « une », situation particulièrement délicate aux États-Unis. Une différence notable cependant reste qu'actuellement, à notre connaissance, il n'existe pas d'épidémie de fausses accusations liées au TDI. Toutefois, l'hypothèse étiologique d'un traumatisme dissociant l'individu y est bien présente, et nous conduit désormais à discerner deux conceptions possibles de la causalité psychique du traumatisme.

3.2. Au-delà des évolutions diagnostiques : deux processus envisagés dans le trauma

3.2.1. Les bases freudiennes et leurs destins

La découverte freudienne d'une dynamique mémorielle inhérente à la construction subjective, occultant, reconstruisant, refoulant ou transformant les souvenirs date du début du XX^e siècle. La logique du trauma est toujours celle d'un après-coup impliquant à la fois un événement extérieur au sujet et l'interprétation que le sujet va faire de cet événement (au moins depuis le cas Emma de Freud [45,46]). Cette logique à deux temps fait advenir le symptôme dans un après-coup, comme signe du traumatisme vécu. Ceci implique le fait qu'au sein de l'individu puissent cohabiter (au moins) deux scènes, entre lesquelles les choses peuvent se dérouler dans une certaine étanchéité réciproque. Le symptôme fait interface entre ces deux scènes, dans la mesure où il se manifeste dans le conscient comme signe d'une conflictualité psychique inconsciente organisée autour du traumatisme et de ses effets. Celle-ci ne se manifeste au conscient que lorsque les capacités d'abréaction de l'événement, ou de son traitement par le refoulement, sont rendues impossibles par le quantum d'affect lié à la représentation traumatique. Le symptôme se présente ainsi comme une défense ultime, et au fond Freud attribue le premier événement traumatique non pas à un événement en particulier mais à l'impact de la sexualité qui déborde les capacités d'autorégulation de l'individu. Ainsi, la défense porte contre les pulsions du sujet qui peuvent se fixer secondairement sur un événement vécu. La conception freudienne du clivage (entre inconscient et conscient) ne rejette pas l'unité de l'individu mais en propose une articulation. En effet, si le conflit psychique se manifeste sous forme de division subjective, celle-ci demeure le fait d'un individu pour ainsi dire unifié et traitable à partir de sa division et de son symptôme dont il est le seul à pouvoir énoncer les coordonnées.

On peut considérer que ces travaux ont donné lieu à deux conceptions antinomiques : celles issues du modèle de l'attachement de Bowlby, et celles qui s'attachent à dégager un aspect structural du trauma. La première rend compte des conceptions actuelles du TDI, et la seconde permet, selon nous, de les discuter.

3.2.2. Le modèle de l'attachement

La psychanalyse freudienne acculturée à l'*american way of life*, va donner naissance à une psychologie du moi entièrement centrée sur les mécanismes de défense conçus comme corrélatifs à la fois d'une unité du moi et d'une stabilité mentale [47]. On a, au fond, dans cette conception, une assimilation du moi (seconde topique) au conscient, dans le sens d'une unification du sujet. Concevoir qu'une conflictualité psychique inconsciente puisse se manifester à la conscience du sujet sous la forme du symptôme devient alors impossible. Lacan rappellera que le moi permet de tenir à distance les manifestations symptomatiques de l'inconscient et d'offrir ainsi un certain repos et une satisfaction narcissique telle que présentée dans l'image unifiée renvoyée par le miroir. Mais l'instance moiïque s'avère aussi, pour ces mêmes raisons, être au service de la méconnaissance des coordonnées du symptôme ([48], p.98-99) et donc du maintien de la souffrance. Dans les conceptions nord-américaines, les mécanismes de défense luttent contre des événements traumatiques subis réellement, et non contre des pulsions dont le sens sera donné en rétroaction des événements. La causalité psychique est ainsi située dans la qualité de l'environnement (plus ou moins sécuritaire) et dans la capacité du sujet à s'y adapter ou à l'affronter.

Ce paradigme va s'appliquer dans le contexte de Guerre Mondiale où les séparations, les deuils et les abandons sont nombreux. Le psychiatre et psychanalyste J. Bowlby s'inspire des travaux de l'éthologue et prix Nobel K. Lorenz sur l'empreinte pour mettre au point son modèle de l'attachement [49]. Lorenz a démontré que certains animaux suivaient instinctivement le premier objet animé qu'ils rencontraient (notamment à leur éclosion, la fameuse et spectaculaire démonstration de Lorenz s'effectuait avec des oisons). De façon analogue, Bowlby considère son modèle de l'attachement comme inné ([50], p.9), centré sur la réalité des relations et donc exclut toute prégnance d'une vie fantasmatique sur le comportement du sujet (ses choix se réduisant à un déterminisme fonction du degré de sécurité de l'attachement réalisé).

Les thèses nord-américaines inspirées par les travaux de J. Bowlby (notamment le travail de M. Ainsworth et M. Main) prolongent ainsi les thèses freudiennes sur la dépendance de l'enfant à son entourage familial. La théorie de l'attachement abonde par l'exemple la thèse freudienne de l'inscription précoce des traumatismes dans l'infantile. Bowlby et ses élèves vont considérer que la capacité de l'individu à s'adapter à son milieu va être conditionnée par les expériences d'ajustement et de désajustement progressifs entre l'enfant et ses parents, en particulier la mère. Le processus s'oriente d'un idéal d'autonomie, c'est-à-dire la capacité qu'a l'enfant à se situer comme élément positif de sa communauté. Dans ce cadre, les différentes formes de psychopathologie peuvent être caractérisées selon les aléas de ce processus, et le traumatisme serait ainsi une interprétation d'une réalisation défailante de l'attachement.

Dans cette conception, le traumatisme serait en fait la conséquence d'un attachement non suffisamment *secure*, réactivé par des expériences d'agression où le milieu impose son désajustement à l'individu qui ne pourra y répondre que de façon psychopathologique, par la dissociation. Celle-ci doit à la fois être comprise comme signe d'une pathologie qui trouve là son aboutissement, et comme modalité ultime de protection, l'individu cherchant à échapper à l'agression en se « cachant » dans l'insaisissabilité de la multiplicité de ses personnalités.

3.2.3. Le modèle du trauma structural et de la dimension une de la souffrance

La proposition lacanienne, en appui sur la linguistique structurale, d'un sujet nécessairement divisé par l'exercice du langage du fait de la structure de la chaîne signifiante, date des années 1950. Pour Lacan, le premier traumatisme sur lequel s'édifieront les événements traumatiques de la réalité est celui du langage, en tant que la représentation introduit une séparation entre le sujet et lui-même⁴. Lacan revient au fait que le trauma est structurant, ce qui n'exclut pas des effets pathogènes. L'entrée dans le langage conçue comme une séparation est un trauma mais structurant car il produit une déperdition de jouissance et « absorbe » les expériences ultérieures de perte. Cette perte se matérialise,

⁴ Précisons d'emblée que cela ne remet pas en cause la dimension traumatique des événements de la vie, le trauma ne pouvant être vécu et défini comme tel que par le sujet en tant qu'il parle et, ce faisant, interprète l'événement. D'un point de vue lacanien, le trauma réside ainsi dans l'impossibilité de signifier un événement.

laisse une trace sur le corps que Lacan nomme « trait unaire » en référence à l'Idéal du moi freudien (pour les cas névrotiques). Cette première frappe signifiante vient assurer le sujet d'une assise symbolique, permettant d'ordonner les identifications qui vont se positionner ensuite de façon différentielle (selon la logique de la linguistique structurale) en référence à cette première inscription.

Lacan, considère le moi comme une instance de nature paranoïaque ([48], p.94). La « nature » unifiée du moi tient à sa structuration scopique que réalise le sujet à partir de l'image dans le miroir. Le moi se révèle ainsi comme l'instance à partir de laquelle le sujet va voir le monde mais aussi se sentir concerné et visé par lui. Selon Lacan, l'unité du moi sur son versant conscient est remise en cause, trouée, par la dimension énigmatique du symptôme ([51], p.118), c'est-à-dire par sa dimension signifiante et le fait que celle-ci apparaisse d'abord au sujet comme incompréhensible : le symptôme est « l'énigme que le sujet ne résout qu'à l'éviter » et incarne un « retour de la vérité [...] dans la faille d'un savoir » ([52], p. 234).

Ainsi, le symptôme névrotique illustre pour le sujet « un moment de son expérience où il ne sait pas se reconnaître, une forme de division de la personnalité. » ([53], p.71). Face à cette division, le sujet névrosé peut s'engager dans un « effort de restauration du moi [qui] se traduit dans le destin de l'obsédé par une poursuite tantalissante du sentiment de son unité » ([52], p.76). Lacan note également que les modalités de ces constructions supplétives à la division subjective s'enracinent dans le lien social « l'intérêt que le sujet réfléchit sur sa propre personne se traduit en un jeu plus imaginaire, qu'il se rapporte à son intégrité physique, à sa valeur morale ou à sa représentation sociale » ([53], p.81).

Dans le paradigme analytique lacanien, c'est donc plutôt l'unité du moi qui serait « pathologique » si sa fonction de méconnaissance, ancrée dans les relations sociales, entrave le processus symbolique. Le symptôme névrotique organise une dialectique entre dissociation et unification : le symptôme se présente comme divisant mais est en fait le point le plus assuré de l'économie psychique et le sujet y entretient un rapport de satisfaction constant qui l'unifie.

Dans la structure de la psychose, cette dialectique entre unité et dissociation de l'unité est aussi notable. Dans le premier enseignement de Lacan, la forclusion du Nom-du-Père est présentée comme une impossibilité radicale et définitive d'introduire une division subjective, de sorte que c'est l'absence de dissociation qui est considérée comme pathologique. Le sujet se trouve en proie à une jouissance dont il ne peut trouver à se détacher. Mais, de la même façon que pour la névrose, l'affaire n'est pas close à l'issue de cette opération. La dialectique des manifestations de la structure opère un renversement vers la restauration d'une forme de « normalité » qui va se manifester par l'établissement d'un délire paranoïaque. Ce dernier restitue l'unité de la personnalité à travers cet « effort de guérison », puisqu'en effet c'est vers l'identification d'un Autre persécuteur que le paranoïaque est focalisé.

Sur l'autre versant de la psychose, la schizophrénie dissout l'unité de la personnalité paranoïaque, dans la mesure où les hallucinations sont *a priori* et d'abord vécues de manière intrusive, selon la thèse du retour dans le réel de ce qui a été forclus du symbolique. Ce « retour dans le réel », certes, peut être accompagné d'un profond malaise du côté du sujet et d'un vécu de dissociation extrême, mais il s'agit toujours du même sujet qui en témoigne et, aussi xénopathique que soit le phénomène, le témoignage, lui, n'en demeure pas moins fait par un sujet et non par plusieurs. J.-A. Miller propose alors que le concept même de sujet chez Lacan soit un obstacle infranchissable à faire équivaloir psychose et dissociation. Le sujet, s'il se caractérise par un manque-à-être, n'en reste pas moins unique, une présentation « positive » (ce que Lacan isolait chez Freud avec les « formations de l'inconscient » [54]) : « introduire le sujet, au fond, c'est s'interdire de traiter la question des psychoses et du schizophrène en termes de déficit et de dissociation. » [55].

D'ailleurs, le but de la thérapeutique des psychoses est généralement de permettre une manière de faire avec l'hallucination. Si l'on souscrit entièrement à la question de la dissociation, on finit par « délirer avec le patient » au sens où l'on accrédite l'idée selon laquelle la voix de l'hallucination est bien celle d'une autre personne, entièrement étrangère au sujet. L'intérêt de l'approche psychanalytique est d'ailleurs aussi, concernant la névrose, d'appliquer le même point de vue. Si le sujet se présente extrêmement divisé, voire manifestant différentes personnalités ou disant avoir en lui plusieurs personnalités, le clinicien considérera ces paroles comme celles d'un seul et même sujet. Le souci dans les deux cas est celui de la responsabilisation. Le sujet s'avère finalement unifié par la dimension positive

et productive de ses troubles psychiques, et le clinicien n'a guère d'autre choix que de le considérer ainsi, c'est-à-dire comme un et unique patient, sauf à obturer toute possibilité thérapeutique.

4. Le TDI ou le renouveau de la *schize* du *persona*, des effets de boucle mortifères ?

Les parties précédentes nous ont permis de démontrer que le TDI est la résurgence de problématiques définitionnelles « habituelles » ou en tout cas historiques en psychopathologie. Pour résumer : ni la *spaltung*, ni la dissociation ne sont l'apanage des psychoses. En revanche, ces termes semblent avoir été employés pour caractériser une certaine « folie », conçue comme un morcellement du sujet, de la « personnalité ». Mais, d'un point de vue psychanalytique, on considérerait plutôt que la dissociation préserve, dans une certaine mesure, de la folie. Ce débat est d'emblée culturel, il se joue dans l'écart entre les conceptions de la causalité psychique (le trauma est structurant ou dépersonnalisant) et des conceptions différentes du Moi (synthèse ou méconnaissance).

Qu'il s'agisse de névrose ou de psychose le sujet est a minima divisé par sa souffrance. Il faut donc envisager une dialectique entre des moments d'unité avec la souffrance et des moments de séparation d'avec elle, cette dialectique étant celle requise dans toute psychothérapeutique. De plus, le choix et la direction de celle-ci s'applique à un seul et unique patient et non pas à plusieurs identités dissociées. Au fond, l'apparition du diagnostic de TDI et son succès médiatique peuvent être interprétés comme une réification de la division subjective inhérente à l'inconscient comme Autre scène, ce qui a déjà été souligné par Sauvagnat [37], Maleval [42] et Mulhern [40] concernant le TPM. Pour le dire autrement, la dissociation induite de fait par l'inconscient est intrinsèquement un point de méconnaissance, mais la difficulté du corps social et des politiques de santé mentale à en tenir compte semble faire retour sous la forme d'un trouble spécifique de la dissociation. Son succès médiatico-scientifique et ses conceptualisations les plus diffusées (modèles neuro et socio et leurs traitements) témoignent à la fois des effets de présence de l'inconscient freudien et à la fois de la persistance de son occultation. Aussi, traiter le TDI reviendrait alors à rendre enfin le Moi maître en sa propre demeure.

Mais alors, qu'est ce qui change avec le TDI, comparativement au TPM ? Qu'il s'agisse de névrose ou de psychose le sujet est a minima divisé par sa souffrance. Il faut donc envisager une dialectique entre des moments d'unité avec la souffrance et des moments de séparation d'avec elle, cette dialectique étant celle requise dans toute psychothérapeutique. De plus, le choix et la direction de celle-ci s'applique à un seul et unique patient et non pas à plusieurs identités dissociées. Au fond, l'apparition du diagnostic de TDI et son succès médiatique peuvent être interprétés comme une réification de la division subjective inhérente à l'inconscient comme Autre scène, ce qui a déjà été souligné par Sauvagnat [37], Maleval [42] et Mulhern [40] concernant le TPM. Pour le dire autrement, la dissociation induite de fait par l'inconscient est intrinsèquement un point de méconnaissance, mais la difficulté du corps social et des politiques de santé mentale à en tenir compte semble faire retour sous la forme d'un trouble spécifique de la dissociation. Son succès médiatico-scientifique et ses conceptualisations les plus diffusées (modèles neuro et socio et leurs traitements) témoignent à la fois des effets de présence de l'inconscient freudien et à la fois de la persistance de son occultation. Aussi, traiter le TDI reviendrait alors à rendre enfin le Moi maître en sa propre demeure.

4.1. Construction sociale et division subjective

L'étude de l'évolution d'une notion clinique démontre sa contingence historique et sa surdétermination culturelle. Hacking souligne ainsi que les maladies mentales peuvent, certes, être transitoires à l'échelle de la vie du sujet, mais qu'elles le sont aussi à l'échelle de la culture : « [les maladies mentales] n'apparaissent qu'à certaines époques et en certains lieux pour des raisons dont on ne peut que supposer qu'elles sont liées à la culture de ces époques et de ces lieux. » Il remarque, en congruence avec nos hypothèses précédemment présentées, à propos des diagnostics qui nous intéressent que « l'exemple le plus classique est l'hystérie de la fin du XIX^{ème} siècle en France. Il y a aujourd'hui la personnalité multiple en Amérique » ([56], p.141) À propos des personnalités multiples, l'hypothèse de Hacking est que la construction sociale de l'enfant abusé a rencontré les limites d'une organisation médico-légale ayant entraîné un effet « d'épidémie » des récits d'abus (la « débâcle satanique » de Mulhern déjà évoquée précédemment) [57]. Si l'identification socio-judiciaire des cas d'abus est un progrès pour la

lutte contre les maltraitances faites aux enfants, elle a cependant permis la constitution d'une « niche écologique » où, par l'entremise des coordonnées du fantasme freudien (« un enfant est battu »), s'est déployé le marasme judiciaire bien décrit par ces auteurs (Mulhern, Hacking, Maleval, Sauvagnat). Dans ce contexte se sont diffusés les concepts promus par la théorie de l'attachement (Bowlby), la conception janetienne de la dissociation et le psychotraumatisme comme répondant exactement à un élément vécu dans une réalité purement objective.

En outre, la thèse de Hacking sur la construction sociale des maladies mentales présente l'intérêt de reconnaître un certain réel de la pathologie psychique, contrairement au réductionnisme de certains auteurs associés au modèle socio-cognitif du TDI (par exemple Lynn, Lilienfeld et al. proposent que la dissociation soit le résultat d'une altération du cycle veille-sommeil, mettant ainsi, toujours selon ces auteurs « la sagesse populaire à l'épreuve » [58]). Sur la base d'une certaine réalité de la souffrance qui ne serait pas le construit social des institutions psychiatriques, Hacking met en évidence que les évolutions diagnostiques relèvent d'« un effet de boucle entre les gens et les classifications des gens » ([59], p.396). Les caractéristiques du groupe diagnostique désigné font l'objet d'une intériorisation de ses membres, qui implique corrélativement une appropriation et donc une modification de la classification dans le cadre des relations sociales. Hacking souligne qu'en matière de trouble psychique, les boucles sont hautement interactives, car elles relèvent de la conscience humaine qui est à la fois objet et source de classification⁵. Par ailleurs, les évolutions des classifications nous font croire à une meilleure connaissance scientifique : « chaque étiquette a été conçue comme une classe ou sous-classe en progrès sur les précédentes » ([56], p.154). Cependant, la nouveauté ne signe pas une meilleure compréhension : « Une rengaine habituelle [...] revient à prétendre que maintenant nous réussissons à comprendre les choses—comme si c'était la même chose qu'il fallait comprendre depuis le début » ([56], p.156). De ce point de vue, le diagnostic ne constitue pas tant un progrès scientifique qu'une adaptation aux remaniements d'un ordre social, auquel les individus vont s'identifier pour nommer leur souffrance. De ce point de vue, le témoignage d'Olympe apparaît en effet contredire le TDI en même temps qu'il le diffuse, puisqu'elle témoigne d'une souffrance que la logique DSM (réalisation de diagnostic et mise en place de thérapeutiques) ne parvient pourtant pas à endiguer.

Pour résumer, si la souffrance psychique ne change pas nécessairement sur le fond, les classifications qui en sont faites évoluent dans leurs contenus descriptifs et leurs implications sociales, et les modes d'énonciation, de repérages et de traitements de la souffrance varient en fonction de ces évolutions. En ce sens, on peut voir dans les effets de boucle une conséquence de la diffusion du savoir psychiatrique et psychanalytique sur la personnalité et ses troubles, les sujets manifestant de manière grossière les tableaux cliniques de la dissociation d'abord formalisés dans les études scientifiques, puis rendus sensibles et popularisés dans les médias grand public. On se retrouve dans une situation où une difficulté psychique va s'exprimer par l'identification à une figure de personnage dissocié, sans que l'on ne sache en première instance quels sont le tableau psychopathologique (notamment en termes de processus) et la logique subjective derrière l'identification au trouble. La difficulté du repérage tient à la complexité interne des mécanismes psychopathologiques qui sont, par définition, au moins partiellement masqués, mais aussi à la multiplicité des effets de boucle dans le champ de la santé mentale.

Ce dernier est marqué, si ce n'est structuré ou construit, par l'idéal d'auto-traitement du patient et de transparence de ses troubles. On peut penser sur ce point au statut du patient expert, à l'éducation thérapeutique administrée entre pairs (voire auto-administrée), à l'imagerie cérébrale, à la possibilité de s'auto-diagnostiquer ou d'avoir le droit à un diagnostic, d'être reconnu automatiquement dans son diagnostic, etc. Dans tous ces cas la souffrance et ses traitements sont envisagés uniquement en termes d'identité, c'est-à-dire de ce qui est identique à soi-même. Ainsi, si un écart se manifeste, il entre directement dans le champ du pathologique. Sur un tout autre plan, le TDI pourrait par ailleurs s'avérer être une sorte de paradigme des effets du DSM et de la multiplication des troubles. Les problématiques

⁵ Hacking indique par exemple que certains objets sont indifférents en tant que tels aux boucles d'idées dont ils sont l'objet, tel par exemple le plutonium : « le plutonium n'interagit pas avec l'idée de plutonium, en vertu de la conscience qu'il aurait d'être appelé plutonium ou de l'expérience qu'il aurait de l'existence du plutonium institutionnalisé, telle que les réacteurs, les bombes et les lieux de stockage. C'est pourquoi je le dis indifférent. » ([56], p. 147).

nombreuses de « comorbidités » rencontrées à l'issue du projet trouveraient ainsi dans le TDI le trouble du catalogue pouvant contenir tous les autres troubles du catalogue (puisque chaque « personnalité » pourrait se caractériser comme porteuse d'un troubles existant).

4.2. Les réseaux sociaux, un effet morbide de la boucle numérique pour le TDI ?

À la différence du TPM, ce n'est pas dans les cours des tribunaux américains que s'est déployé le TDI mais sur les réseaux sociaux et les différents canaux de communications médiatiques. Une caractéristique notable de ce matériel est la rapidité d'interaction (on passe d'une vidéo à une autre avec pour seule médiation une éventuelle vignette publicitaire) et l'aspect lapidaire des contenus (la plupart des vidéos sur *TikTok* n'excèdent pas quelques secondes ou minutes). Soulignons également la possibilité de posséder plusieurs comptes sur les réseaux (multiplication de lieux où les énonciations peuvent varier, typiquement un compte plus « privé » et un compte davantage « public »), ainsi que l'équivalence de comptes entre eux (par exemple, des comptes qui vont produire ou partager du contenu relativement identique, sur les mêmes thèmes ou produits par exemple). Du point de vue de la dynamique économique inhérente aux plateformes, rappelons que ceux qui sont présentés comme « influenceurs » sont tenus à des rythmes de production et de succès de diffusion, sans quoi leurs différents contrats et revenus peuvent être quasi-instantanément corrigés à la baisse. Récemment en France, une loi visant à encadrer la publicité réalisée par les créateurs de contenus a d'ailleurs mis en évidence la multiplication de propos trompeurs et abusifs à propos de produits commerciaux (cosmétiques, investissements financiers) inutiles voire dangereux [60]. Il semble donc que les réseaux sociaux, de par la logique des algorithmes qui les sous-tendent, poussent ainsi au sensationnel dans les témoignages qu'ils hébergent. D'un côté, cette dynamique oblige donc à condenser le témoignage, menant à des logiques de rigidification des présentations mises en scène. De l'autre, la multiplication des propositions et des contenus engendre une logique proprement surmoïque où il convient de se distinguer absolument et d'en donner toujours plus.

On peut ainsi se demander si la diffusion du TDI sur les réseaux sociaux relève d'effets de boucle maximisés par la machine. I. Hacking souligne en effet que « nous sommes au milieu d'un stade complètement nouveau de l'évolution au cours duquel l'intelligence artificielle devient intelligente et les machines se mettent à participer à l'évolution elle-même. Peut-être que nous prendrons conscience des manières dont ces machines nous classifient » ([56], p.150-1). Il faut par ailleurs remarquer que le lexique du TDI emprunte à celui de l'informatique et à celui de l'architecture de l'ordinateur ([50], p.81, [61]), sur une voie d'ailleurs engagée par la psychologie cognitive et comportementale.

Ainsi, dans quelle mesure le sujet, à la fois émetteur et récepteur de son propre message et de ceux de ses alter-egos sur les réseaux sociaux, peut-il se vivre comme une cible continue ? Comme le mentionne Hacking : « il y a du *feedback*, sans doute, mais pas un *feedback* dans lequel la connaissance consciente d'elle-même joue un grand rôle » ([56], p.151). On peut alors se demander si le TDI est un symptôme social de ces effets de boucle, où le *feedback* est poussé à son paroxysme. De ce point de vue, le témoignage d'Olympe apparaît paradigmatique, puisque diffusé sur les réseaux sociaux, il paraît finalement ne plus s'adresser aux « psys » ni relever véritablement du champ de la psychopathologie, corrélativement à des énoncés de souffrance de plus en plus dramatiques. Il nous semble donc qu'au moment des débats sur le suicide assisté en France, le déplacement du TDI vers la demande d'euthanasie dans le témoignage de la YouTubeuse peut relever de cette prise du sujet dans des effets de boucles sociales infinies, qui le conduisent d'un marqueur social pathologique à un autre.

On peut ajouter une complexité à la thèse de I. Hacking en matière de psychopathologie : la conscience n'est justement pas la seule instance en jeu, et l'inconscient intervient également dans la boucle. Il y a donc un double effet de méconnaissance : celui de l'inconscient, et celui des boucles numériques. Tout se passe comme si le sujet ne recevait pas son message sous une forme inversée, mais directement, avec une conséquence mortifère, sous l'effet de boucles machiniques où son énonciation est calculée sur le rythme de la machine. Ainsi, l'aspect morbide induit par les réseaux sociaux et les médias de masse ne tiendrait pas seulement à une « cyberchondrie » ([62], p.378) mais à la dynamique engendrée par des dispositifs entre le sujet et son énonciation. Là où le sujet tente de prendre la parole par l'entremise des réseaux sociaux, et produire ainsi une énonciation qui puisse l'extraire de

sa condition, l'activation de la boucle numérique peut *a contrario* le suridentifier à ses propres énoncés de souffrance.

5. Fonctions subjectives et pratiques cliniques du TDI : le cas Paul

L'intérêt de l'étude des témoignages en ligne de sujets se présentant comme porteurs d'un TDI souligne que le trouble peut être un moyen pour certains de faire appel à l'Autre dans un lien minimal et médiatisé. Cependant, la dimension asymétrique des canaux de communication ne permet pas la mise en place d'un transfert à proprement parler. Il est notable qu'Olympe ne témoigne de ses rencontres avec les professionnels qu'en termes de confirmation ou de rejet de propositions diagnostiques, mais jamais dans la perspective d'une réévaluation de la situation (sur le mode d'une rectification subjective par exemple). L'intérêt de ces témoignages est donc aussi de faire valoir, par la négative, que la relation (la prise de parole sous transfert) peut amener une certaine limite, et donner un certain poids à ce qui est dit. La distinction s'impose entre le relais, le partage du témoignage sur les réseaux et la question de l'accueil et du transfert. Nous proposons de mettre cette hypothèse également à la discussion à partir d'un cas.

5.1. « Tout le monde est normal »

L'un de nous reçoit Paul au sein d'un service psychiatrique d'hospitalisation de jour pour adultes. Il est accueilli à la suite d'une série de passages à l'acte qui interviennent après l'arrêt de ses études et dans un contexte de désocialisation et de repli, depuis des épisodes relatés de harcèlement. Le personnel de l'établissement n'avait pu documenter clairement ces phénomènes. C'est à cette période du harcèlement que Paul rencontre un psychologue et un psychiatre qui met en place un traitement neuroleptique. Les professionnels diagnostiquent angoisses anxio-dépressives, haut potentiel intellectuel, troubles du comportement alimentaire, hypomanie, états dépressifs, bipolarités de stades variés, dysphorie de genre, dissociation. . . soit une trentaine d'étiquettes différentes à partir desquelles Paul se présente à l'un de nous. Il explique que cette recherche diagnostique prend son origine dans un moment logique où il a annoncé à son grand frère vouloir se suicider. Paul se fait accompagner par ce dernier vers les urgences, après avoir complété plusieurs tests et questionnaires en ligne qui lui ont attribué le diagnostic de dépression.

5.2. *Sujet sans place, corps vide*

Paul évoque crûment et sans faire de distinctions entre professionnels, patients et visiteurs, ses questions, ses troubles, et les histoires violentes et morbides dont il est la victime. Nous lui proposons donc de le rencontrer, d'abord pour viser à localiser la possibilité de cette parole et y trouver une adresse.

Conformément aux récits de cas qu'il lit sur Internet, Paul fait le lien entre ses troubles et des maltraitements dont il a été victime enfant par son grand-père, dont les révélations avaient entraîné la mise en place d'un suivi par les services sociaux et la séparation parentale. À partir de ce vécu traumatique, nous lui proposons de revenir sur son histoire, marquée d'emblée par une inscription impossible dans le désir de l'Autre : « mes parents m'ont eu trop vieux. Ils ne me désiraient pas. Ils n'étaient pas prêts et donc je n'ai pas eu de place parce que je n'étais pas prévu ». Paul fait remonter le début de ses symptômes au tout début de son enfance : dès le plus jeune âge, il s'adonnait à différentes mutilations (se planter un stylo dans la chair, se laisser tomber) pour sentir son corps « vivant ». Il évoque un corps vide et une tête trop pleine, envahie de voix qui deviendront des personnages à l'adolescence. On peut faire l'hypothèse que la rencontre avec la puberté a précipité les choses sur un mode paranoïde. Les autres se mettent à le harceler et le collège rapporte un comportement agressif de Paul envers les autres. Il évoque auprès d'une soignante une agression sexuelle dont il aurait été victime il y a dix ans. Une fille lui aurait touché la poitrine, mais il ne parvient pas à dire si cela s'est réellement passé ou si cela était un rêve. Paul a lu que des amnésies pouvaient être « la conséquence d'un psycho-trauma », mais cela peine à le sortir de sa perplexité. Retenons cette intuition, pour lui,

d'avoir affaire à un « Autre méchant » [63], diffus, dont les intentions à son endroit sont colorées par une violence ou une menace de violence, rattachée à un aspect sexuel.

5.3. *Le miroir et son double*

Les phénomènes de corps sont au premier plan de la symptomatologie foisonnante de Paul. Ils se présentent comme hémorragiques et le sentiment de la vie s'en échappe. Ce que Paul nomme (depuis le lexique de l'Autre) « dysphorie de genre » se manifeste par un choix de prénom et pronom (Paul, il/lui) et par l'usage d'accessoires qui compriment son corps, dont il peut dire par ailleurs que certaines parties, couramment érotisées, le dérangent. Dans les moments de souffrance aiguë, Paul peut dire avoir vu dans le miroir son propre reflet lui échapper. Il repère que ce qu'il appelle sa boulimie advient dans des moments où il est particulièrement angoissé et que ce qu'il appelle son anorexie arrive par contre au moment où il ne parvient plus à apprécier son image dans le miroir qu'il trouve trop grosse.

Dans ce paysage, Paul est très seul avec ses symptômes et ses *alters* (les personnalités du TDI) qui l'estent difficilement ses phénomènes de corps. Lorsque Paul dissocie et qu'une nouvelle personnalité *front* (prend le dessus), il évoque un mal de tête et des bruits hallucinés récurrents et identiques, qu'il rattache à un chant d'oiseau. Il y a quelques années, Paul a rencontré une amie souffrant de difficultés psychiques et sociales également importantes, avec laquelle il partage une passion commune pour une pratique sportive et artistique. Leur relation, en miroir, lui permet de mettre à distance la possibilité d'un nouveau passage à l'acte, chacun d'eux repoussant l'éventualité du suicide pour préserver l'autre.

5.4. *Refaire le joint : le Système*

Par la suite, Paul centralise sa plainte et son diagnostic en disant qu'il souffre principalement du TDI. À partir de là, il est absorbé par un travail de recensement des différentes personnalités qui peuplent son monde intérieur. Il y a les *alters* plutôt tristes, ceux plutôt colériques, ceux plutôt asociaux, ceux plutôt anorexiques, ceux plutôt boulimiques, ceux plutôt psychopathiques. Il apparaît donc que, dans le discours de Paul, la nomination de ces personnalités provient des catégories diagnostiques par lesquelles il était désigné auparavant. Les séances débutent régulièrement par un point sur les nouveaux *alters* que retrouve Paul. Là encore, la série métonymique peut s'infiniter dans un discours prolixe.

Il dit sa difficulté à situer « Paul » parmi toutes ces personnalités, ce qui le rend assez perplexe. Par ailleurs, il remarque en séance que les nominations de ses *alters* répondent parfois à des inspirations qu'il trouve dans des lectures de récits de fiction. Paul en vient ainsi à s'interroger sur la consistance même de son existence, ce qui le plonge dans une grande angoisse. Par la suite, il relève des points communs entre plusieurs *alters*, voire entre tous, notamment sur ce qu'ils aiment (musique, personne, etc.) ce que Paul peine à expliquer. Nous relevons que le « goût » (sinon l'amour) semble ici faire limite à la dérive métonymique du morcellement des personnalités. Lors d'une séance suivante, il annonce « en fait, Paul, c'est le système », trouvant ainsi une place pour « Paul » et un point de capiton à l'ensemble qui reste ouvert et mouvant.

Malgré cette solution supplétive au morcellement de ses diagnostics, Paul rencontre des phénomènes de corps qui empêchent le lien entre les événements vécus par les différents *alters*. C'est ainsi qu'il explique ses différents trous de mémoire et l'impossibilité de se souvenir de ses propres dires en séance. Les dissociations, qui correspondent au changement de personnalité, se doublent donc logiquement d'un changement de réalité. Pour trouver une continuité dans ces ruptures, nous nous appuyons sur l'écrit. Paul vient en séance avec des notes qu'il a prises à propos de différents événements qu'il est certain d'avoir vécu durant la semaine. Nos propres notes, prises en entretien avec lui, nous permettent de faire le lien entre les séances et donner un peu de consistance à nos échanges et à la matière même du temps qui passe et qui échappe à Paul, perdu entre ses multiples (dé)réalités.

5.5. *Écrire le corps : fiction de l'identité*

Après plusieurs entretiens, Paul me confie qu'il écrit lui-même, sur un cahier qu'il partage volontiers avec d'autres, des récits de fictions. Dans ses écrits il fait le lien entre l'écriture et le traitement du corps

qui lui est nécessaire, en reprenant une analogie entre la mine du crayon qui marque le papier et la lame du rasoir qui marque sa peau. Les scarifications de Paul sont profondes mais localisées sur une partie de son corps. Il m'explique que le sang qui coule le soulage et qu'il aime particulièrement quand les plaies sont assez ouvertes pour pouvoir y glisser son doigt. L'écriture qui se fait à même le corps est donc susceptible pour Paul de se localiser sur un autre support. Comme le compas sur la cuisse, Paul est à l'œuvre d'inscrire quelque chose sur son corps en le mortifiant pour en faire sourdre le vivant et proposer un circuit à la jouissance—c'est-à-dire que ce qu'il ressent comme en excès dans son corps puisse trouver une voie d'extraction, ici matérialisée dans le sang et dans la possibilité de glisser son doigt dans la plaie, phénomènes qui le soulagent. En ce sens, le travail avec l'écriture de fictions résonne comme un horizon possible de maîtriser quelque chose des réalités diverses qui s'imposent à Paul. L'hospitalisation de Paul s'est arrêtée avec la reprise d'une activité professionnelle à laquelle il sera assidu. On peut supposer que les différentes thérapies dont il a bénéficié, pharmacothérapie et psychothérapie, ont contribué à cette amélioration.

5.6. Discussion

Ce cas nous permet de reprendre pour les discuter un certain nombre de remarques avancées dans cet article. Premièrement, on observe que dans le cas de Paul, comme dans le témoignage de la You-Tubeuse Olympe, le point de départ est identique : le patient s'exprime dans une langue qu'il extrait d'un terreau culturel qui lui préexiste. Les nominations diagnostiques avec lesquelles se présente initialement Paul sont tout à fait correctes du point de vue de la nosographie psychiatrique statistique. Dans ce référentiel, la symptomatologie qu'il présente permet en effet de le diagnostiquer selon ces différentes étiquettes (TCA, angoisses anxio-dépressives, dysphorie de genre, etc.) Le travail de Paul, de se reconnaître dans les différentes propositions diagnostiques du discours « psy », peut s'envisager comme une tentative de significatisation⁶ des phénomènes de jouissance qui assaillent son corps. Autrement dit, dans ce cas, le lexique de la psychiatrie vient tenter de localiser des sensations ressenties et vécues comme énigmatiques, intrusives et source de souffrance. Sous transfert, il est permis d'accueillir ces phénomènes comme des efforts de nomination. Ces tentatives subjectives de dire les vécus affrontés par le sujet, du fait d'être adressés, peuvent alors s'émanciper d'un discours préétabli. Il y a donc un intérêt à accueillir ces autonominations et ne pas s'engager contre ce qui peut être un travail de repérage du sujet quant à son fonctionnement psychique. En effet, les diagnostics en tant que tels n'ont pas produit d'apaisement pour Paul (d'où leur prolifération). Dans le dialogue analytique, l'arrêt va se porter sur un des diagnostic (TDI), qui a indiqué une voie de travail autour du repérage de phénomènes à l'origine d'une souffrance xénopathique. Le TDI peut alors se lire comme une synthèse ingénieuse de ces précédents diagnostics que le discours de l'Autre prête à Paul : l'orchestre y trouve enfin un chef. Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que Paul s'arrête sur le TDI car ce diagnostic est un signifiant qui lui semble le mieux nommer le vécu d'étrangeté qu'il affronte. Il faut également noter que la progression du traitement a pu s'observer à chaque fois que Paul a pu prendre la parole pour se distancer des récits et contenus dont il a pris connaissance pour se les approprier davantage, la plupart du temps avec un pas de côté réalisé par rapport à ces contenus.

Concernant l'étiologie du TDI, on peut remarquer que Paul fait état d'un vécu traumatique susceptible d'expliquer sa dissociation (les violences intrafamiliales dont il fait état à propos de sa première enfance). Il est évident que, si ce type de vécus traumatiques favorisent l'existence de différentes scènes que le sujet doit parvenir à supporter, ce cas montre cependant qu'il n'y a pas de rapport de causalité directe entre le vécu traumatique et la symptomatologie. Du fait des boucles diagnostiques issues de sources d'informations multiples (notamment sur les réseaux socio-numériques), il n'est plus possible de distinguer une causalité « réelle » d'une causalité « suggérée » par la diffusion généralisée du savoir psychiatrique sur les troubles. En revanche, une fois que la parole de Paul a pu resituer d'autres évènements et « rencontres » (apparition des voix, phénomènes de corps), la causalité comme processus

⁶ Le terme de « significatisation » a été proposé par C. Soler dans les années 1990 pour qualifier la logique du délire comme « un procès de significatisation, aussi réduit soit-il, par lequel le sujet parvient à élaborer et à fixer une forme de jouissance acceptable pour lui ». Cf. Soler C. Le sujet psychotique dans la psychanalyse. In: Psychose et création, L'École anglaise [64].

peut se (re)construire. Ainsi, la parole, l'énonciation du patient peut être située comme un tiers interdisant une causalité directe entre vécu traumatique et symptomatologie. Cela permet de prendre en compte les identités auxquelles tient le sujet et, en les articulant dans le processus psychique de la parole, de limiter les aspects mortifiant d'une suridentification.

Si les phénomènes de corps sont au premier plan du tableau clinique présenté par Paul, les ressources trouvées sur les réseaux ne lui permettent pas de rendre ce corps « vivant ». Face à ce vécu d'un corps « vide », Paul recourt à des pratiques de scarifications particulières qui visent à organiser une pulsation de corps qui s'ouvre et se referme. On peut ici penser à A. Nothomb et son souvenir d'enfance qu'elle présente comme moment inaugural lorsqu'elle s'ouvre son crâne et glisse le doigt dans la plaie [65] ; mais aussi à ce que Lacan dit du corps, à savoir qu'il est un tore, c'est-à-dire davantage qu'une surface, un élément tridimensionnel qui se referme autour d'un trou central dont la consistance interne est garantie par la « fermabilité » ([66], p. 66) des orifices. Quelque chose dans le lien qu'entretient Paul à son propre corps fait défaut. Ce mouvement d'ouverture puis de fermeture par un autre bout du corps (le doigt qu'il insère dans la scarification réalisée dans son bras) rejoue en effet quelque chose de la bouteille de Klein qui s'interpénètre elle-même (c'est-à-dire qu'intérieur et extérieur s'avèrent contigus), et que Lacan prend pour modèle pour illustrer la structure torique du corps parlant [67].

Trouver une certaine consistance au corps, et donc à l'identité de « Paul » s'est fait sans fusion ou intégration des alter mais grâce à un appui sur l'écriture et le repérage des « goûts » du sujet. Cette question de l'amour se retrouve aussi au principe du transfert. On peut faire l'hypothèse que c'est cette adresse qui aura permis un certain ordonnancement des phénomènes (notamment à partir des notes prises en séance). Enfin, on relève que cette pratique supplétive répond aux coordonnées initiales du symptôme, puisque Paul fait le lien entre l'activité d'écriture, les automutilations par scarifications, et les difficultés à sentir et à faire avec un corps vivant. L'écriture, trace laissée sur le corps puis sur un autre support, vise à assurer une certaine consistance d'existence à Paul qui n'en est pas passée par une appropriation du diagnostic mais par l'invention d'une pratique d'écriture, qui s'est déplacée du corps à une autre surface d'écriture, distincte du corps du sujet.

Dans ce cas, ce qui est présenté comme TDI peut être rapproché de vécus psychotiques (phénomènes de corps, symptômes évocateurs du signe du miroir [68], moments de perplexité angoissée, etc.). Il s'est agi alors, pour ce patient, de trouver une façon de manœuvrer avec la présence de l'hallucination. Toutefois, comme nous l'avons évoqué plus haut, des cas d'hystérie pourraient, de même, être évoqués dans les termes du TDI. L'enjeu avec le diagnostic est alors de pouvoir calculer la visée du travail en fonction de l'hypothèse structurale.

6. Conclusion

Dans notre lien social, l'identité se présente comme une problématique dont les enjeux politiques cristallisent différents avatars du malaise (communautarismes et séparatismes, revendications identitaires et conservatismes réactionnaires). C'est dans ce contexte politico-social que le TDI s'est imposé dans le champ de la santé mentale comme une nomination de vécus de souffrance psychique. Si bien des aspects rappellent les controverses juridiques liées au TPM de la fin du XX^e siècle, le passage d'un trouble concernant la personnalité à celui de l'identité atteste d'un mouvement concernant ce qui socialement assure l'unicité de l'individu (dont témoigne le passage du pluriel des « personnalités multiples » au singulier de la dissociation de l'identité). La conséquence de ce passage de la personnalité à l'identité doit être examinée. La souffrance se caractérise historiquement comme une présentation d'un morcellement de l'individu, qui peut se scinder en plusieurs, possédé ou habité par d'autres entités. Le TDI peut donc s'envisager comme un symptôme paradigmatique d'un lien social où les identités sont poussées à une certaine rigidification.

Par ailleurs, le trouble peut être envisagé comme une réponse à la problématique rencontrée par le projet DSM où les comorbidités se multiplient (le morcellement de l'identité répondant ainsi au morcellement des troubles). Dans un moment de rejet des diagnostics de psychose par les classifications (disparition des « psychoses infantiles ») et par la population (la psychose est fréquemment associée à la dangerosité, voire au registre du diabolique), on peut faire l'hypothèse que le TDI prendrait le relais diagnostique de certains des aspects symptomatiques liés à la structure des psychoses. Le résultat étant sur ce point une confusion et une perte de repères de la dimension structurale et différentielle

entre névrose et psychose. La question de la responsabilité dans les expertises peut se poser : serait-on plus enclin à reconnaître l'irresponsabilité dans le cas d'un TDI que dans celui d'un passage à l'acte psychotique ? Nous avons rappelé que cette problématique s'était posée dans le cadre des TPM dans les années 1990.

Les difficultés associées à ce diagnostic portent également sur certains aspects et usages des modèles étiologiques, qui se caractérisent d'un possible réductionnisme biologique et prennent ainsi difficilement en compte la forme culturelle du symptôme. Sur ce point se cristallise la critique du modèle socio-cognitif adressée au modèle neurobiologique du psychotraumatisme. D'un autre côté, le modèle socio-cognitif peut aussi être envisagé comme un réductionnisme sociologique. Ce dernier rapporte, d'une part, la psychopathologie à une forme de construction sociale qui, selon nous, surestime le déterminisme social des troubles, et, d'autre part, sous-estime l'individualité du fonctionnement des processus psychiques. Il méconnaît ainsi la responsabilité subjective du patient telle qu'elle peut être mise en évidence dans l'énonciation de ses troubles, et l'élaboration de solutions psychothérapeutiques qui lui soient adaptées.

Nous pensons avoir montré que la psychanalyse actuellement peut proposer une troisième voie à ces deux modèles, qui tienne compte de leurs apports et limites. Comme nous l'avons indiqué, le réel de la souffrance subjective ne peut pas être entièrement considéré comme une construction sociale, ni réduit à un déterminisme neurobiologique ou à une causalité traumatique stricte. Si les expériences traumatiques peuvent produire des symptômes dissociatifs, cela implique nécessairement de prendre en compte l'interprétation qu'en fait le sujet. Par ailleurs, Les conceptions freudiennes n'entraînent guère à remettre en question la notion d'abus réel et le cas Emma, exposé dans *L'esquisse* dès 1895, en témoigne [45]. La théorie freudienne du fantasme implique toutefois de ne pas réduire le sujet à des coordonnées absolues et figées, que celles-ci soient d'ordre biologique ou sociologique. Cela conduit ainsi à refuser des protocoles thérapeutiques préconçus qui sous-estimeraient l'interprétation que le sujet fait de son histoire et les ressorts psychothérapeutiques qui peuvent en être extraits quant à l'élaboration de son devenir.

Dans le cadre d'une prise en compte de la dimension socioculturelle des symptômes et de leurs présentations, I. Hacking a mis en évidence les fortes interactions entre les classifications et les sujets que les classifications classent. Ce cadre d'analyse pourrait être associé à l'inconscient freudien, une autre scène depuis laquelle la réalité se (re)construit. L'inconscient peut ainsi être considéré comme une « boucle » qui interagit avec les nominations que le sujet peut rechercher et choisir. Cette proposition rejoint celle de I. Hacking en ce que toutes deux examinent la dimension de l'énonciation et de ses mouvements à travers le social et la vie psychique. Nous avons ainsi proposé de considérer les effets aussi potentiellement mortifères des boucles numériques. La demande du patient évoqué dans cet article s'est motivée d'une impasse rencontrée dans ses interactions avec les réseaux, où il ne parvenait plus à se situer dans ces récits. Le transfert a permis une réappropriation d'une énonciation portant sur une souffrance vécue. Dans le même ordre d'idée, les conduites de témoignages et les options qu'elles ouvrent (par exemple autour du suicide assisté demandé par la YouTubeuse Olympe) pourraient également s'envisager comme des conduites d'appel et des demandes d'authentification de la souffrance. Si dans le cadre de TDI, contrairement au TPM, les procédures judiciaires ne semblent pas défrayer la chronique, on voit mal comment les recours à l'aide active à mourir ne pourraient pas faire réagir, jusque dans les tribunaux.

De ce point de vue, il paraît d'autant plus important de faire retour à la clinique du cas. Ici, nous avons montré que ce recours au diagnostic du TDI peut recouvrir d'autres vécus (par exemple des phénomènes élémentaires dans le cas présenté). Le TDI incarnerait ainsi un retour par la psychopathologie d'un rejet de la division subjective, telle qu'elle avait été mise en évidence dans la thèse freudienne. Averti de la pratique du diagnostic différentiel entre folie hystérique et psychose dissociative, le clinicien gagne à reconnaître dans ces nominations contemporaines de la souffrance des façons renouvelées d'appeler son concours. L'appui sur le transfert peut alors garantir une ouverture dialectique des phénomènes en cause.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Le T.D.I, nos ALTERS et changement d'hôte //UPDATE de notre SYSTEME OLYMPE [Internet] Chaîne YouTube « Le Journal d'Olympe », vidéo mise en ligne le 17 mai 2023. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=Urn2hp1JZ.4> [consulté le 19.09.2023].
- [2] Cocquet A. Euthanasie en Belgique : le cas d'Olympe, 23 ans, sème le trouble. [Internet]. Le Point, en ligne le 3 février 2023. Disponible sur : <https://www.lepoint.fr/societe/euthanasie-en-belgique-quand-le-cas-d-olymp-seme-le-trouble-03-02-2023-2507314.23.php> [consulté le 19.09.2023].
- [3] Freud S. *Malaise dans la culture* (1930). Paris: PUF; 2015.
- [4] Erikson EH. *Adolescence et crise : la quête de l'identité* (1972). Paris: Flammarion; 2011.
- [5] Costa J. *Identité. Langage et société. Hors série (HS1)*; 2021. p. 165–9.
- [6] Troubles dissociatifs de l'identité : comment vivre avec plusieurs personnalités en soit (sic) ? [Internet] France 2, Émission « Ça commence aujourd'hui » diffusée le 17 mars 2023. Disponible sur : <https://www.france.tv/france-2/ca-commence-aujourd-hui/2982697-emission-du-mardi-4-janvier-2022.html> [consulté le 19.09.2023].
- [7] American Psychiatric AssociationCrocq MA, Gueffi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC. *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
- [8] Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies, onzième édition (CIM-11)* [Internet] OMS. Disponible sur : <https://icd.who.int/> [consulté le 19.09.2023].
- [9] American Psychiatric AssociationPichot P, Gueffi JD. *DSM-III : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e tirage. Paris: Masson; 1986.
- [10] Piedfort-Marin O. *Traitement des souvenirs traumatiques : accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration*. Eur J Trauma Dissociation 2022;6(1):100252.
- [11] Kelley-Puskas M, Cailhol L, D'Agostino V, Chauvet I, Damsa C. *Neurobiologie des troubles dissociatifs*. Ann Medicopsychol 2005;163(10):896–901.
- [12] Carlier L. Chapitre 4. *Neuro-imagerie du trouble dissociatif de l'identité*. In: Binet É, editor. *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité*. Paris: Dunod, coll. « Psychothérapies »; 2022. p. 51–66, <http://dx.doi.org/10.3917/dunod.binet.2022.01.0051>.
- [13] Tarquinio C, Auxéméry Y. Chapitre 6. *Psychotraumatisme, dissociation et troubles dissociatifs*. In: Manuel des troubles psychotraumatiques. Paris: Dunod, coll. « Psychothérapies »; 2022. p. 174–223 [Disponible sur : <https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques-9782100796342-p-174.htm>].
- [14] Spanos NP. Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. Psychol Bull 1994;116(1):143–65.
- [15] Dodier O, Otgaar H, Lynn SJ. A critical analysis of myths about dissociative identity disorder. Ann Medicopsychol 2022;180(9):855–61.
- [16] Pace P. *Traitement du Trouble Dissociatif de l'Identité*. In: Pace P, editor. *Pratiquer l'ICV. L'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration)*. Paris: Dunod; 2018. p. 104–11.
- [17] International Society For The Study.Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision: summary version. J Trauma Dissoc 2011;12(2):188–212.
- [18] Shapiro F, Snyder E, Maxfield L. EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In: Kaslow FW, Magnavita JJ, Patterson T, Massey RF, Massey SD, Lebow J, editors. *Comprehensive handbook of psychotherapy*. New York: Wiley; 2002. p. 241–72.
- [19] Putnam FW, Loewenstein RJ. Treatment of multiple personality disorder: a survey of current practices. Am J Psychiatry 1993;150(7):1048–52.
- [20] Kluft RP. Clinical approaches to the integration of personalities. In: *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1993. p. 101–33.
- [21] Freud S. *Esquisse d'une psychologie (1895–1896)*. Toulouse: Érès; 2011.
- [22] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF; 2003.
- [23] Ferret S. *Le bateau de Thésée : le problème de l'identité à travers le temps*. Paris: Éditions de Minuit; 1996.
- [24] Piedfort-Marin O, Rignol G, Tarquinio C. Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. Ann Medicopsychol 2021;179(4):374–85.
- [25] Piedfort-Marin O, Rignol G, Tarquinio C. Réponse à l'« Analyse critique des mythes sur les troubles dissociatifs de l'identité » par Dodier, Lynn et Otgaar (2021). Ann Medicopsychol 2022;180(9):980–3.
- [26] Revaz O, Rossel F. *Dissociation « hystérique » et scission schizophrénique : une contribution des techniques projectives*. Psychologie clinique et projective 2007;13(1):93–122.
- [27] Beretta V, Alameda L, Abrahamyan Empson L, Tozzi AS. L'ambivalence selon Bleuler : les nouvelles trajectoires d'un symptôme oublié. Psychothérapies 2015;35(1):5–19.
- [28] Evrard R. Pour introduire la névrose extraordinaire. Rech Psychanal 2013;15(1):71–9.
- [29] Kraft Ebing R Von. *Traité de clinique de psychiatrie* [traduction de la 5^e éd.]. Paris: Maloine; 1897.
- [30] de Luca M. *Psychose hystérique, aspects cliniques et historiques*. Perspect Psy 2009;48(2):149–58.
- [31] Freud S. *Note sur l'inconscient* (1912). In: Métapsychologie. Paris: Folio; 2005. p. 173–85.
- [32] Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie* (1895). Paris: PUF; 2018.
- [33] Garrabé J. La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. Evol Psychiatr 1999;64(4):717–26.
- [34] Chenivesse P, deLuca M. De l'hystérie aiguë au trouble dissociatif de l'identité. Perspect Psy 2009;48(2):139–48.

- [35] Maleval JC. Folies hystériques et psychoses dissociatives. Paris: Payot; 1981.
- [36] Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM ? : genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Ithaque; 2013.
- [37] Sauvagnat F. Pour introduire à la question des divisions subjectives. In: Sauvagnat F, editor. Divisions subjectives et personnalités multiples. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2001. p. 9–17.
- [38] Keyes D. The minds of Billy Milligan. New York: Bantam Books; 1995.
- [39] Mulhern S. La personnalité alternante : de l'acteur social à la personne légale. In: Sauvagnat F, editor. Divisions subjectives et personnalités multiples. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2001. p. 131–52.
- [40] Mulhern S. Le trouble de la personnalité multiple : vérités et mensonges du sujet. In: Ehrenberg A, editor. La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société. Paris: Odile Jacob; 2001. p. 75–99.
- [41] American Psychiatric Association Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq MA, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N. DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [texte révisé, version internationale avec les codes CIM-10]. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
- [42] Maleval JC. Du sujet divisé. In: Sauvagnat F, editor. Divisions subjectives et personnalités multiples. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2001. p. 95–104.
- [43] Maleval JC. Limites et dangers des DSM. *Evol Psychiatr* 2003;68(1):39–61.
- [44] Beauprez O, Maleval JC. Episode 08 - Jean-Claude Maleval, Clinicien Extra-Ordinaire. [Internet]. Podcast Histoire de Psy. Mis en ligne le 01/06/23. Disponible sur : <https://podcast.ausha.co/histoires-de-psy/episode-08-jean-claude-maleval-clinicien-extra-ordinaire> [consulté le 20.09.2023].
- [45] Freud S. Annexe. Présentation du cas Emma par Freud dans son Projet (ϕ , ψ , ω) de 1895. In: Bursztajn JG, editor. Sur l'espace subjectif [Internet]. Paris: Hermann, coll. « Hermann psychanalyse »; 2012. p. 93–101. Disponible sur : <https://www.cairn.info/sur-l-espace-subjectif-9782705682392-p-93.htm>.
- [46] Chiriac S. Le désir foudroyé : sortir du traumatisme par la psychanalyse. Paris: Navarin le Champ freudien; 2012.
- [47] King P. L'American way of life. Lacan et les débuts de l'ego psychology. Fontenay Le Comte: Lussaud Imprimerie; 2013.
- [48] Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du « Je » telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In: *Écrits*. Paris: Seuil; 1966. p. 93–100.
- [49] Bowlby J. Attachement et perte (3 volumes). Paris: PUF; 1987–2007.
- [50] Pillot V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue* 2007;175(1):7–14.
- [51] Lacan J. L'agressivité en psychanalyse. In: *Écrits*. Paris: Seuil; 1966. p. 101–24.
- [52] Lacan J. Du sujet enfin en question. In: *Écrits*. Paris: Seuil; 1966. p. 229–36.
- [53] Lacan J. Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. In: *Autres écrits*. Paris: Seuil; 2001. p. 23–84.
- [54] Lacan J. Le Séminaire, Livre V. In: *Les formations de l'inconscient (1957–1958)*. Paris: Seuil; 1998.
- [55] Miller JA. Schizophrénie et paranoïa. *Quarto Rev Psychanal* 1983;10:13–31.
- [56] Hacking I. Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ? Paris: La Découverte; 2008.
- [57] Hacking I. L'âme réécrite : étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire. Paris: Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil; 2006.
- [58] Lynn S, Lilienfeld S, Merckelbach H, Giesbrecht T, van Heugten D. Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom. *Curr Dir Psychol Sci* 2012;21:48–53.
- [59] Hacking I. Façonner les gens (II) [Internet]. Cours au collège de France, 2004–2005. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/media/ian-hacking/UPL6120975782849689510.Hacking2004.2005.pdf> [consulté le 19.09.2023].
- [60] Croquet P. Influenceurs : députés et sénateurs s'accordent sur un texte qui entend « mettre fin à la loi de la jungle ». [Internet]. Le Monde, publié en ligne 23 mai 2023. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/pixels/article/2023/05/26/influenceurs-deputes-et-senateurs-s-accordent-sur-un-texte-qui-entend-mettre-fin-a-la-loi-de-la-jungle_6175004.4408996.html [consulté le 20.09.2023].
- [61] Barach PM. An integrative model for understanding the clinical presentation of multiple personality disorder. Paper presented at the Ninth International Conference on Multiple Personality/Dissociative States. Chicago, Ill, Alexandria: V.A., Audio Transcripts IIa; 1992. p. 770–92.
- [62] Anselmetti C, Fournieret P, Gauld C. Trouble dissociatif de l'identité de l'adolescent : de l'autodiagnostic à la maladie transitoire. *Med Sci (Paris)* 2023;39(4):377–9.
- [63] Miller JA. L'Autre méchant : six cas cliniques commentés. Paris: Navarin; 2010.
- [64] Soler C. Le sujet psychotique dans la psychanalyse. In: *Psychose et création, l'École anglaise*. Paris: GRAPP; 1990. p. 23–30.
- [65] Nothomb A. Métaphysique des tubes. Paris: Albin Michel; 2000.
- [66] Sauvagnat F. La question de la structure du silence en psychanalyse. *Insistance* 2011;6(2):59–72.
- [67] Lacan J. Le Séminaire, Livre XII, Problèmes cruciaux pour la psychanalyse (1964–1965), [Inédit] Leçon du 26 décembre 1964. [Accessible en ligne dans une version non-officielle] : <http://staferla.free.fr/S12/S12%20PROBLEMES.pdf> [consulté le 28 juillet 2023].
- [68] Peoc'h M. Disjonction entre image et identité : histoire et actualité du signe du miroir. *Evol Psychiatr* 2023;88(3):407–21.