



HAL
open science

La dépersonnalisation : l'ambiguïté clinique d'une notion transnosographique

Sarah Troubé

► **To cite this version:**

Sarah Troubé. La dépersonnalisation : l'ambiguïté clinique d'une notion transnosographique. L'Évolution Psychiatrique, 2017, 82 (4), pp.817-828. 10.1016/j.evopsy.2016.12.003 . hal-03917219

HAL Id: hal-03917219

<https://hal.science/hal-03917219>

Submitted on 1 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La dépersonnalisation :
l'ambiguïté clinique d'une notion transnosographique

Sarah Troubé

Psychologue clinicienne

Centre de recherches psychanalyse, médecine et société, EA 3522, LabEx « Who am I? », université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, Campus Paris Rive Gauche, 5, rue Thomas-Mann, 75205 Paris cedex 13, France

Résumé

Objectifs :

L'article cherche à expliciter et à interroger l'ambiguïté nosographique qui caractérise l'usage psychiatrique du terme de dépersonnalisation, entre névrose et psychose. Il propose de formuler ce problème nosographique sous son versant clinique, en questionnant le caractère transnosographique de la dépersonnalisation à partir des mécanismes de dissociation ou de scission qu'elle implique pour le sujet.

Méthode :

Nous proposons d'éclairer l'équivocité de cette entité clinique dans la psychiatrie contemporaine en la rapportant aux caractérisations classiques des vécus de dépersonnalisation, élaborées depuis la fin du 19^{ème} siècle. Cette perspective historique permettra de dégager des éléments pour une clinique différentielle des formes de dépersonnalisation, qui soit fondée sur un affinage des traits de leur sémiologie et de leur phénoménologie, et sur des hypothèses métapsychologiques portant sur les modalités défensives qu'ils incarnent.

Résultats :

Après avoir souligné la filiation entre les définitions du syndrome de dépersonnalisation dans les classifications psychiatriques contemporaines et les descriptions classiques d'une dépersonnalisation névrotique, caractérisée par une expérience de dédoublement du sujet, on interrogera deux autres figures de la dépersonnalisation, mettant en jeu des phénoménologies et des fonctions psychiques différentes. Le dédoublement du moi dans la dépersonnalisation névrotique peut notamment être mis en regard avec une dépersonnalisation incarnant une tentative d'auto-neutralisation du sujet, qui questionne ses capacités de contenance psychique. Une tonalité psychotique de la dépersonnalisation interroge quant à elle l'angoisse d'anéantissement, et une tentative de lutter contre l'envahissement délirant ou hallucinatoire.

Discussion :

Ces formes typiques - et non exhaustives - de la dépersonnalisation mettent en évidence les limites d'une approche syndromique qui associe ce phénomène à une sémiologie unique, issue des traits qu'il revêt le plus souvent dans les névroses. Elles soulignent la pertinence clinique d'une compréhension transnosographique de la dépersonnalisation, mais pointent la nécessité d'un affinage d'une sémiologie différentielle, reliée aux différentes modalités de défense et de protection qu'elle est susceptible d'incarner.

Conclusions :

Préciser les mécanismes et fonctions de défense mis en œuvre dans les expériences de dépersonnalisation s'oppose à une conception déficitaire de ce phénomène, qui l'associerait à une dissolution des repères ou d'une capacité de synthèse du moi. Les différentes formes de scission du sujet à l'origine des vécus dépersonnalisants - dédoublement, désintrinsication somapsyché, clivage - interrogent à la fois des éprouvés subjectifs et des fonctions défensives distinctes.

Mots clés

dépersonnalisation ; clivage ; étrangeté ; clinique différentielle ; métapsychologie

Some clinical and nosographic ambiguities of depersonalization

Objectives:

The scope of the paper is to examine the clinical ambiguity of depersonalization, between neurosis and psychosis. Depersonalization has a very wide occurrence, raising some nosographic issues about its diagnostic criteria. We propose to formulate this problem in clinical terms, which suppose to question the nature of dissociation or split of the self in depersonalization experiences.

Method:

The ambiguities characterizing the concept of depersonalization in the actual field of psychiatry can be related to the first descriptions of these feelings, at the turn of the 20th century. From this historical perspective, some clinical distinctions can be sketched out, allowing to identifying various forms of depersonalization feelings. This differential clinical practice require to refine the semiology of depersonalization experiences. We argue that it implies to develop some phenomenological descriptions of these feelings, and some metapsychological hypothesis about their defensive status in psychic and subjective functioning.

Results:

The descriptions of a neurotic form of depersonalization in the history of psychopathology underline a distinctive kind of splitting of the self. We sketch out a comparative approach between these experiences and two other types of depersonalization feelings, which can be related to a borderline and to a psychotic functioning. These forms of depersonalization, as far as they are conceived as defensive mechanisms for a subject, question a attempt to neutralize oneself, or to struggle with anxiety of destruction and with psychotic symptoms.

Discussion:

A differential clinical practice applied to the depersonalization experiences point out some difficulties raised by a syndromic definition of this clinical entity: such an approach tend to overlook the variability characterizing the semiology of these feelings, and to relate the whole range of its occurrences to its neurotic forms. Depersonalization can be viewed as a transnosographic phenomena, including various subtypes, each of which being associated with some specific phenomenological traits, and with a defensive modality in the psychic economy of the subject.

Conclusions:

Focusing on the defensive mechanisms indicated by the depersonalization feelings take the opposite view to a definition of the phenomena as a deficit or a dissolution of some psychological faculties of the self. Different kinds of dissociation can be identified,

corresponding to different subjective experiences, and to different defensive values, calling for a metapsychological analysis.

Keywords

depersonalization; splitting of the self; feeling of strangeness; differential clinical practice; metapsychology

Introduction

La dépersonnalisation a suscité récemment un intérêt notable, aussi bien psychanalytique [1,2, 3] qu'épidémiologique et nosographique [4,5], ou neurocognitif [6]. Comme le soulignent ces recherches, ce phénomène clinique possède une histoire consistante: il a été décrit de manière congruente, depuis la fin du 19ème siècle, dans des courants très divers de la psychopathologie. Il donne néanmoins l'impression de demeurer peu étudié en lui-même, et d'être bien souvent considéré comme un phénomène mineur.

Or, cette impression semble découler de la clinique même de la dépersonnalisation. Celle-ci apparaît en effet comme un phénomène qui serait intuitivement saisissable, mais très difficile à décrire précisément. La dépersonnalisation touche un bouleversement du sentiment basique de soi et de sa propre existence, un vacillement de l'évidence avec laquelle le sujet s'éprouve habituellement lui-même. Les descriptions qui cherchent à approcher au plus près cette expérience ont très souvent recours au langage imagé ou métaphorique : le sujet se sent comme le personnage d'un rêve ou comme un automate ; il devient comme le spectateur de lui-même, qui assiste de l'extérieur à ses propres actions ou à ce qui se déroule en lui ; le sentiment familier de lui-même est remplacé par l'impression de se heurter à un mur ou à un vide béant, privé de tout ressenti [5, 7].

Les différentes éditions du DSM [8] distinguent la dépersonnalisation, qui touche le sentiment de consistance et d'existence du soi, de la déréalisation, qui désigne un bouleversement de ce sentiment à propos de la réalité extérieure. Ces deux phénomènes se trouvent néanmoins fréquemment associés dans le vécu des sujets, la perte du sentiment de réalité du mode extérieur supposant ou entraînant, bien souvent, une altération et une mise en doute de la consistance du moi. L'histoire de la psychiatrie a ainsi invité à distinguer, au sein de la dépersonnalisation entendue comme une catégorie générale, plusieurs types de tableaux sémiologiques, correspondant aux différents registres d'expérience susceptibles d'être affectés par ce sentiment d'étrangeté et de perte de consistance : la déréalisation, lorsque celui-ci porte de manière prédominante sur le monde extérieur ; la désanimation, lorsque l'altération touche principalement la conscience du moi et le rapport à la pensée, constituant alors bien souvent un précurseur des phénomènes d'automatisme mental ; la désincarnation, lorsque c'est le registre corporel du moi qui se trouve au premier plan du vécu du phénomène de dépersonnalisation [9].

Si la dépersonnalisation semble ainsi d'emblée impliquer les composantes fondamentales du narcissisme, ainsi que les effets d'un clivage ou d'une dissociation, les descriptions subjectives de ces phénomènes montrent la difficulté à passer de leur langage le plus souvent imagé et métaphorique à des hypothèses métapsychologiques précises. Or, cette difficulté est étroitement liée au caractère transnosographique de la dépersonnalisation. Il est frappant de constater que si ses descriptions historiques sont stables et convergentes, elles ont été évoquées aussi bien comme la marque d'un vacillement névrotique, d'un délire psychotique, d'un fonctionnement limite, d'une dépression anxieuse, ou d'une défense post-traumatique [1]. Il serait ainsi tout aussi difficile de situer une signification et une portée cliniques uniques de la dépersonnalisation, que d'en fixer précisément une sémiologie et une métapsychologie univoques.

Ces difficultés indiquent-elles la complexité et la subtilité de la dépersonnalisation, ou sont-elles à entendre comme le signe d'une ambiguïté clinique ? Si cette question découle de l'histoire de la dépersonnalisation, elle revêt aujourd'hui un enjeu particulier en psychiatrie, du fait de l'essor des recherches consacrées au risque de psychose et à ses signes précurseurs [10]. Ces recherches illustrent en effet l'usage ambigu, et le défaut d'explicitation qui caractérisent souvent cette notion : d'un côté, la dépersonnalisation posséderait une valeur

indicateur dans la détection précoce des psychoses [7,11] ; de l'autre, les classifications internationales ont plutôt hérité des descriptions névrotiques de ce phénomène [4,12].

Nous aimerions ici interroger ce hiatus nosographique en le formulant sous son versant clinique. En rapportant cette ambiguïté aux descriptions classiques de ces vécus, nous montrerons qu'elle se fonde notamment sur la caractérisation des mécanismes de dissociation ou de dédoublement qu'ils mettent en jeu. Nous soulignerons ainsi la nécessité d'un affinage de la sémiologie de la dépersonnalisation, fondé sur un point de vue métapsychologique et, en particulier, sur les fonctions de défense ou de protection qu'elle peut revêtir.

1. Transversalité et ambiguïté cliniques

Si la dépersonnalisation est souvent abordée comme un phénomène mineur, c'est en partie parce qu'elle est soit fugace et ponctuelle - dans les névroses notamment -, soit masquée par des symptômes plus perceptibles, comme la dépression, l'anxiété ou le délire. Or, quelque soit son contexte clinique, elle semble engendrer une même étrangeté, faite d'une résurgence d'éléments archaïques [3] qui bouleversent l'intrication du corporel et du psychique, les limites du moi, ainsi que la démarcation du rêve et de la réalité.

Cherchant à prendre acte de son aspect transnosographique, et se fondant sur la similarité de ses descriptions d'un contexte clinique à l'autre, la psychiatrie contemporaine privilégie une approche syndromique de la dépersonnalisation [7,12]. Cependant, si l'on considère l'histoire des descriptions classiques de ces vécus, cette similarité ne semble pas dénuée d'équivoques.

Les éditions successives du DSM situent ce syndrome au sein des troubles dissociatifs [11, 4]. Or, ce choix nosographique, loin d'être neutre sur le plan psychopathologique, présuppose plusieurs éléments. Il implique de relier la dépersonnalisation à un mécanisme dissociatif, et s'inscrit dans la tradition d'une conception névrotique de la dissociation, issue en particulier de l'hystérie. Il en résulte que bien que la dépersonnalisation soit présentée comme un syndrome autonome et cliniquement très vaste, sa définition est directement héritée des descriptions de ce phénomène dans les névroses. La caractérisation du DSM souligne le sentiment de détachement et l'impression onirique éprouvés par le sujet vis-à-vis de lui-même. Mais le critère déterminant réside dans la conservation de l'*insight* ou du jugement de réalité, perceptible dans le langage métaphorique des patients, et qui exclut ainsi le délire.

Cette définition fait directement écho aux premières définitions de la dépersonnalisation. Si ce type d'expérience est décrit en 1873 par Krishaber [13], le terme apparaît en 1898 chez Dugas [14], et illustre alors une caractérisation psychologique de l'aliénation. Le trait saillant de ce vécu est rapporté à une atmosphère d'onirisme et d'étrangeté, dans laquelle le sujet est comme exclu de lui-même, mais conserve la lucidité de son jugement : il « assiste à ce qui se passe dans le monde extérieur, ou en lui-même, comme il assisterait à une pièce de théâtre, doutant de ses sensations comme il douterait de la pièce, et incapable de s'y intéresser autrement que comme à une fiction. » [14, p.501]. Dans la lignée des travaux de Ribot, Dugas renvoie cette aliénation à un affaiblissement des fonctions psychologiques supérieures : les processus automatiques acquièrent alors une prédominance face à laquelle le sujet peine à se reconnaître lui-même, et est réduit à la position d'un spectateur passif.

Cette perspective se retrouve de manière très proche chez Janet, à qui restent associées les descriptions les plus détaillées des ressentis de dépersonnalisation. Celui-ci confère en effet à ces vécus une valeur clinique majeure, comme marque la plus typique des névroses psychasthéniques [15]. La dépersonnalisation témoigne de la perte de la fonction du réel chez

ces patients : « C'est ce sentiment de l'irréel qui donne les impressions de rêve, de simulation, de jamais-vu, de fantastique (...). On pourrait dire qu'ils ont conservé toutes les fonctions de perception mais qu'ils n'y ajoutent plus les sentiments de confiance, de certitude qui constituent dans notre esprit la notion de la réalité. » [15, p.170]. A la différence de ce qui se rencontre dans le délire et la désintégration de la schizophrénie, ce sentiment d'absence de réel est d'autant plus étrange et douloureux pour le sujet que le jugement de réalité est maintenu.

Qu'en est-il alors de la dépersonnalisation dans les psychoses ? A cette tradition d'une description névrotique de la dissociation et de la dépersonnalisation, issue d'une perspective psychologique, s'oppose la tradition psychiatrique qui, dans la lignée de Bleuler, fait de la dissociation comme *spaltung* un trait typique des psychoses [16]. L'usage courant du terme de dépersonnalisation en psychiatrie l'associe de ce fait, pour une large part, à un ensemble de phénomènes qui incarneraient tout particulièrement cette dissociation psychotique : le signe du miroir, les expériences d'héautoscopie ou d'hallucinations cénesthésiques, ou encore le délire de Cotard.

Le DSM, en excluant de la dépersonnalisation les expériences délirantes, manifeste donc vis-à-vis de cette tradition une position ambiguë, qui transparait dans les débats contemporains consacrés à la détection précoce des psychoses. D'un côté, les vécus de dépersonnalisation sont pointés parmi les expériences fréquemment annonciatrices d'une psychose [7,11] : ces études font alors écho aux analyses de la dépersonnalisation proposées par Jaspers [17], Mayer-Gross [18], ou encore Follin [19], qui soulignent sa fréquence dans les émergences psychotiques. Mais d'un autre côté, la dépersonnalisation dont il est question dans ces études est le plus souvent définie selon les critères de ce syndrome dans le DSM, et correspond donc à des vécus semblables à ceux qui ont été classiquement décrits dans les névroses. Les recherches actuelles sur les prodromes psychotiques révèlent ainsi un hiatus dans la nosographie de la dépersonnalisation : si elle est définie comme cliniquement transversale, il est difficile de saisir comment elle peut constituer un prédicteur d'un début de psychose.

Or, cette difficulté semble déjà présente dans l'histoire de la dépersonnalisation. En effet, lorsque Jaspers décrit l'atmosphère délirante (*Wahnstimmung*), constituée de bouleversements de l'expérience qu'il tient pour typiques des débuts de psychose, il accorde une place centrale à la dépersonnalisation : mais les descriptions qu'il en propose reprennent en des termes identiques celles de Janet et des récits de ses patients psychasthéniques¹ : « Tout se passe comme si je voyais à travers un voile ; comme si j'entendais à travers un mur. (...). Ma propre voix a un son bizarre. Tout m'apparaît surprenant, neuf, comme s'il y avait longtemps que je ne l'avais vu. » [17, p.67]. Pour Jaspers, le langage métaphorique des sujets et la conservation de *l'insight* ne sont plus la marque de la nature névrotique de la dépersonnalisation, mais des premiers moments d'une psychose : les patients y décrivent bien souvent un changement énigmatique de la perception d'eux-mêmes ou de leur corps, mais qui ne confine pas encore au délire.

En héritant des descriptions névrotiques de la dépersonnalisation, Jaspers néglige-t-il, comme le DSM aujourd'hui, des formes plus psychotiques de ce phénomène ? Ce déplacement de la signification clinique de la dépersonnalisation montre-t-il que sa sémiologie n'est pas assez précisément établie, ou bien qu'elle se présente avec la même phénoménologie dans ces deux contextes ? Ce retour aux descriptions classiques de la dépersonnalisation invite à formuler cette question en termes cliniques, à partir notamment des formes de scission ou de dédoublement que peuvent incarner ces expériences.

¹ On peut bien entendu se demander dans quelle mesure certains patients décrits par Janet comme psychasthéniques ne seraient pas actuellement diagnostiqués comme schizophrènes. Mais nous cherchons plutôt à souligner ici le déplacement nosographique opéré dans la signification psychopathologique de la dépersonnalisation.

2. Les paradoxes d'un dédoublement du sujet

Il semble que le critère d'une conservation de l'*insight*, privilégié dans les définitions psychiatriques actuelles, ne permette pas véritablement d'éclairer la clinique de la dépersonnalisation, s'il est entendu dans son sens purement cognitif. En excluant ses formes délirantes, tout en s'appliquant aux vécus psychotiques pré-délirants, il tend en effet à brouiller la question de ses significations psychopathologiques, et d'une possible clinique différentielle. Les descriptions classiques de la dépersonnalisation incitent au contraire à penser ce critère à partir de la phénoménologie d'un vécu de dédoublement, qui serait propre à la dépersonnalisation.

Chez Janet, la conservation du jugement de réalité est abordée comme un trait expérientiel, davantage que cognitif : les sujets psychasthéniques soulignent la lucidité douloureuse avec laquelle ils assistent, comme des témoins impuissants, à la perte de consistance de leur propre soi [15]. Cette souffrance particulière suppose un décalage, entre la perception vécue et le jugement. Si Janet fait de la dissociation psychologique une caractéristique de l'hystérie, et non de la psychasthénie, la dépersonnalisation implique néanmoins, en ce sens, une forme spécifique de scission au sein du sujet. Celle-ci semble se traduire par un dédoublement paradoxal, dans lequel le sujet se saisit comme étranger à lui-même et insensibilisé : tout en s'éprouvant comme inaccessible ou irréel, le sujet semble, pour reprendre l'expression de Brokmann, « rivé dans la contemplation de son psychisme » [20, p.1115]. Comment qualifier ce qui apparaît ainsi comme une position curieuse du moi vis-à-vis de lui-même ?

C'est une forme analogue de dédoublement qui se dégage de l'expérience ponctuelle de dépersonnalisation et de déréalisation relatée par Freud à Romain Rolland en 1936 [21]. Ce « trouble du souvenir sur l'Acropole », éprouvé lors de son arrivée à Athènes en 1904, se donne tout d'abord, comme dans les descriptions de Dugas et de Janet, comme le surgissement d'une étrangeté et d'un doute sur le sentiment de réalité, lors de la découverte de l'Acropole : « Ainsi donc tout cela existe effectivement comme nous l'avons appris à l'école ?! » [21, p.331]. Cette étrangeté semble découler directement de la scission engendrée entre deux parts du sujet, du fait que le jugement lucide sur la perception résiste à ce doute : « La première se conduisait comme s'il lui fallait, sous l'impression d'une observation indubitable, croire à quelque chose dont la réalité lui avait paru jusque là incertaine. (...). Mais l'autre personne était à bon droit étonnée parce qu'elle n'avait pas su que l'existence réelle d'Athènes, de l'Acropole et de ce paysage eût jamais été un objet de doute. » [21, p.331].

Ce doute ne résulte pas, comme chez Janet, d'un affaiblissement des fonctions psychologiques de synthèse : le point de vue métapsychologique freudien lui confère une fonction défensive, la scission au sein du moi témoignant alors d'un échec ponctuel du refoulement. La dépersonnalisation apparaît comme une solution à un conflit entre la perception et son refus, qui porte, dans l'expérience narrée par Freud, la marque du surmoi. Submergé par la culpabilité devant cette perception trop belle pour être vraie, et qui devient l'incarnation d'un dépassement du père, le moi n'a d'autre recours que de se rendre temporairement étranger à lui-même. Entendre la dépersonnalisation comme une défense permet, dans cette mesure, de rendre compte de cet effet de dédoublement au sein du sujet, entre une part qui se défend d'une réalité indésirable, et une part qui ne veut rien savoir de la mise en place de cette défense.

Freud compare alors ce moment de vacillement aux « hallucinations occasionnelles des bien portants » [21, p.335]. Cette défense dépersonnalisante semble en effet se situer à mi-chemin entre mécanismes névrotiques et psychotiques. En un sens, on peut y reconnaître la

marque du compromis névrotique : en mettant en doute le sentiment de lui-même et la consistance du réel - et non le réel lui-même -, le moi parvient à éviter le déni de la perception, et son remplacement par une hallucination. Mais ce sacrifice du sentiment du réel n'en témoigne pas moins d'une impossibilité à résoudre le conflit à l'intérieur de l'espace psychique. Le moi se voit contraint de tenter d'annuler la réalité de sa situation présente : même s'il n'aboutit qu'à amoindrir le sentiment de sa consistance réelle, son ancrage dans la réalité et sa propre intégrité s'y trouvent donc davantage exposés que dans le refoulement.

Considérer la dépersonnalisation dans sa fonction défensive vient ainsi confirmer sa transversalité clinique, mais pose la question de savoir si les différentes formes qu'elle peut revêtir mettent en jeu les mêmes mécanismes défensifs. Maleval souligne que la scission dont elle témoigne la rapprocherait des états de clivage du moi, qui ne se limitent pas aux fonctionnements psychotiques [22]. Dans le dédoublement dépersonnalisant, le moi se couperait d'une part de lui-même pour éviter sa propre désintégration. Ainsi entendue, la dépersonnalisation est susceptible d'une grande continuité clinique : selon que cette tentative de solution est plus ou moins coûteuse ou plus ou moins réussie, ce vécu apparaît davantage sous son versant de protection de l'unité du moi, ou sous son versant de désintégration du sujet.

L'importance clinique des expériences de dépersonnalisation est ainsi d'attirer l'attention sur une forme de refus ou de perte de la réalité survenant hors des psychoses. Néanmoins, en rapportant l'ensemble de ces expériences au clivage du moi, on tend à faire de ce dernier un mécanisme très englobant, et à laisser de côté la question d'un affinage de la clinique différentielle de la dépersonnalisation, qui éclairerait plus précisément ses diverses fonctions psychiques selon l'économie subjective et le contexte clinique sur lesquels elle survient. Une description plus précise des mécanismes de scission qui mènent à la dépersonnalisation, et de la manière dont ils se traduisent dans l'éprouvé des sujets, apparaît alors comme un point d'appui à la fois pour un affinage de sa sémiologie et pour les hypothèses psychodynamiques sur sa valeur défensive. En se demandant à quoi le sujet cherche à faire rempart, pour en venir à sacrifier son sentiment d'existence ou à se rendre étranger à lui-même, on peut esquisser et interroger plusieurs figures de la dépersonnalisation, qui incarnent des modes de protection et des éprouvés subjectifs différents.

3° Doute, neutralisation et annihilation de soi

En comprenant les vécus de dépersonnalisation uniquement comme l'effet d'un clivage, on risque de faire de ceux-ci un phénomène secondaire, et de manquer ce qui fait la spécificité de cette défense dépersonnalisante : la perte du sentiment et de la consistance de soi. Partir des différents traits que peut revêtir la phénoménologie de ces vécus amène à esquisser certaines distinctions entre des figures typiques - et non exhaustives - de la dépersonnalisation, qui interrogent les fonctions psychiques qu'elles peuvent remplir pour le sujet.

a) Doute et annulation du sentiment de réalité

Dans les récits des patients de Dugas ou de Janet, mais également dans celui de Freud, le trait saillant du vécu dépersonnalisant réside dans l'atmosphère d'onirisme et d'étrangeté, qui accompagne un éprouvé de doute sur la réalité du moi et de sa situation présente. Le doute peut alors apparaître comme à la fois la manifestation et la tentative de résolution d'un conflit, - entre une perception et le refus de sa réalité - : ce qui diffère, en ce sens, d'un état de clivage dans lequel deux parts du moi s'excluraient et s'ignorerait l'une l'autre. Comme souligné plus haut, le propre de cette forme de dépersonnalisation est que le sujet ressent de manière

perplexe ou douloureuse la scission ou le dédoublement qui s'opèrent en lui, là où l'on peut supposer qu'un véritable état de clivage viendrait lui rendre cette scission inaccessible.

La mise en doute du sentiment de réalité ou d'existence du moi incarnerait une forme de dépersonnalisation plus proche, en ce sens, d'un mécanisme névrotique de mise à distance ou d'annulation que d'un clivage *stricto sensu*. Le danger auquel l'épisode de dépersonnalisation vient répondre semble se nouer autour du conflit entre acceptation et refus de la réalité. La perte de consistance du sentiment de soi peut alors être entendue comme une tentative d'annuler - plutôt que de dénier - la situation présente dans laquelle se trouve le sujet. L'inquiétante étrangeté, qui a souvent partie liée avec la pensée magique archaïque [23]², découlerait du décalage entre la perception consciente et cette tentative d'annulation témoignant de processus plus primitifs. Dans la mesure où cette défense dépersonnalisante tente de court-circuiter la réalité, elle se présente comme un mécanisme moins élaboré que le refoulement.

b) Neutralisation de soi et contenance psychique

Le fait que la dépersonnalisation affecte directement la sensation ou le ressenti de soi amène à interroger, parmi les fonctions psychiques qu'elle peut revêtir, celle d'une tentative de neutralisation - de soi-même, mais également de l'objet : l'anesthésie ou la perte de consistance du soi viendrait juguler le risque de débordement pulsionnel ou de passage à l'acte agressif. Bouvet écrit ainsi que la dépersonnalisation, dans la névrose, se produit « lorsqu'un "rapprocher" ou un "étirement" trop long de la distance entre l'objet et le sujet se produit. Le "rapprocher" (...) étant un "rapprocher" agressif du fait des caractères généraux des relations d'objet régressives et d'une surcharge agressive. ». [24, p. 308].

Lorsque cette dimension vient au premier plan, se dessine une forme de dépersonnalisation dont l'éprouvé subjectif est différent du vécu de doute et d'étrangeté décrit chez Janet et Freud, et qui semble interroger les problématiques d'un fonctionnement limite, davantage que névrotique. Un patient âgé d'une vingtaine d'années, hospitalisé après une tentative de suicide et des violences exercées sur ses parents, nous explique ainsi que son regard est flou, et que le flou de ce regard enlève toute consistance à son esprit, à son corps, ainsi qu'à ses proches et à tout ce qui l'entoure. La dépersonnalisation qu'il décrit mêle ainsi indissociablement des vécus de déréalisation et de désincarnation, qui ne renvoient ni à des phénomènes d'automatisme mental ni à des expériences délirantes, mais qui se trouvent rapportés au regard, questionnant ainsi d'emblée les registres de la relation d'objet et de l'économie pulsionnelle.

Il décrit une alternance entre les moments où il vit avec ce « regard absent », et ceux dans lesquels il se trouve submergé par le besoin incontrôlable de violence. Ce dernier suscite alors un sentiment et une sensation corporelle de terreur devant la représentation d'une destruction totale de l'autre, qu'il redoute de ne pouvoir s'empêcher de mettre en acte. La dépersonnalisation peut alors apparaître comme l'effet d'une désinhibition pulsionnelle et d'une haine qui, ne pouvant être contenue psychiquement, viendrait attaquer la consistance du moi-peau. Mais dans son rapport étroit avec cette menace permanente d'un passage à l'acte violent et meurtrier, elle peut aussi être entendue comme une tentative de neutralisation du danger, à la fois interne et externe. Le regard flou viendrait transmettre aux sources d'excitation externes et aux relations objectales son absence de consistance, cherchant ainsi à les vider de tout risque de débordement incontrôlable, et de toute menace engendrée par une proximité trop grande avec l'objet.

² Il convient de rappeler que malgré la proximité entre l'inquiétante étrangeté et de nombreux états de dépersonnalisation, Freud se réfère à la première à partir du terme *unheimlich*, tandis qu'il désigne le vécu qu'il éprouve sur l'Acropole par le terme de *Entfremdungsgefühl*, qui place l'accent sur le processus par lequel quelque chose est rendu étranger.

Dans ce vécu dépersonnalisant, ce qui se donne au premier plan est moins le conflit entre acceptation et refus d'une perception, que la problématique narcissique de la contenance³, de l'enveloppe psychique et corporelle, et du pare-excitation. L'éprouvé d'un dédoublement du sujet se trouve donc moins au cœur de ce type de dépersonnalisation, qui renverrait plutôt à une forme de désintrinsication entre psyché, corps et sentiment d'existence : notre patient ne se saisit pas véritablement lui-même comme perdant sa consistance, comme si son vécu de dépersonnalisation peinait à être subjectivé, et se trouvait lui-même extériorisé dans le regard, qualifié de « flou » et d'« absent ». Cette forme de dépersonnalisation pointerait ainsi vers un débordement et une effraction par la violence pulsionnelle et vers des difficultés de subjectivation. Mais elle témoignerait aussi d'une tentative de neutraliser radicalement ce danger, en sacrifiant le sentiment d'un soi consistant et subjectivé.

c) Annihilation de l'existence du soi

Certains vécus de dépersonnalisation typiques des psychoses peuvent également être abordés à partir de leur fonction de défense ou de protection. Les descriptions cliniques des vécus de dépersonnalisation dans les psychoses se sont le plus souvent centrées, dans la tradition psychiatrique, sur deux formes d'expériences. D'une part, les vécus qui semblent similaires à ceux qui se rencontrent dans les névroses, et que Jaspers décrit, comme évoqué plus haut, en des termes très proches de ceux que l'on rencontre chez Janet : impressions d'une perte de consistance, d'un moi semblable à un personnage de rêve ou de théâtre, d'une incapacité à ressentir des émotions, ou d'une perte de contact avec soi-même. D'autre part, les vécus qui sont entendus comme un effet direct de la désintégration psychotique et de l'expérience délirante, et qui sont, à ce titre, exclus des critères actuels de la dépersonnalisation dans le DSM : hallucinations négatives, troubles des sensations cénesthésiques, ou syndrome de Cotard. Ce dernier apparaît comme une forme extrême du phénomène de désincarnation, de la même manière que l'automatisme mental survient souvent en continuité avec les vécus de désanimation, dans lesquels le rapport du sujet à ses pensées se teinte de bizarrerie.

Les patients qui entrent dans une psychose relatent néanmoins très souvent des expériences de dépersonnalisation qui, sans relever du délire, se distinguent des descriptions classiques de ses formes névrotiques. La clinique de ces vécus ne les fait pas apparaître comme de purs effets d'une dissolution des repères, du schéma corporel ou de l'ancrage dans la réalité : elle montre qu'ils peuvent aussi tenter de faire rempart contre l'envahissement des symptômes psychotiques.

Un patient que nous rencontrons lors de sa première hospitalisation en psychiatrie, et qui traverse depuis quelques semaines des bouleversements typiques d'une émergence psychotique, rapporte des vécus d'atmosphère délirante qui se condensent dans une expérience de dépersonnalisation. Lorsqu'il marche dans la rue, il se sent devenir transparent sous le regard des gens qu'il croise, et précise que c'est comme s'il était parvenu, face à l'angoisse paralysante qu'il ressent dans ces moments, à effacer sa présence. Il a l'impression de devenir fou, et d'être sur le point de perdre sa substance. Cet éprouvé semble mettre au premier plan la réification de son existence psychique et corporelle en une « substance » menacée d'effacement ou d'hémorragie. La dépersonnalisation viendrait matérialiser une menace directe d'anéantissement ou d'annihilation, qui paraît suscitée tout particulièrement par le regard des autres autour de lui : celui-ci semble évoquer une effraction qui anéantirait sa propre consistance, et dans laquelle son être-même pourrait se diluer.

³ De Luca écrit ainsi, à propos de la dépersonnalisation à l'adolescence : « La massivité de la dépendance rend confuse la conscience de soi et la différenciation entre le sujet et l'objet. Le recours à la dépersonnalisation rend compte de cette confusion et du manque de contenance du monde interne qui risque d'être dévoilé, exposé aux yeux de tous. ». [2, p.78].

L'acte d'effacer sa présence se donne alors comme une tentative de défense radicale. Il ne s'agit pas de devenir le spectateur de soi-même dans une curieuse expérience de dédoublement, comme dans les descriptions classiques de la dépersonnalisation : il s'agit plutôt d'un acte ultime d'auto-effacement du soi, qui pourrait tenter de faire rempart contre la menace d'un envahissement ou d'une néantisation provenant de l'extérieur et du regard des autres. La dépersonnalisation ne touche pas ici seulement le sentiment de consistance ou d'épaisseur du soi : elle prend plutôt la forme d'une auto-annihilation de l'existence et de la substance subjective elles-mêmes, comme tentative ultime de faire disparaître le sentiment de la folie et l'angoisse massive. Cet état dépersonnalisant dans la psychose, vécu dans l'effroi et la sidération, apparaît alors, comme le soulignent De Masi et Avakian, comme « la conséquence du retrait psychique où le patient s'est réfugié (...). ». [25, p. 1111].

Dans la mesure où ce qui est ressenti subjectivement dans cette expérience relève moins d'un dédoublement de soi que d'une menace directe sur l'existence, celle-ci apparaît plus proche du clivage - entre le moi du discours et ce moi auto-effacé - et du syndrome de Cotard, que des descriptions névrotiques de la dépersonnalisation. Les vécus psychotiques, notamment dans les premières phases des psychoses, présentent ainsi des tonalités spécifiques de dépersonnalisation qui ne sont pas à proprement parler délirantes - et peuvent à ce titre entrer dans les critères diagnostiques des classifications internationales -, mais qui néanmoins s'éloignent clairement, dans leur phénoménologie, de la sémiologie inventoriée dans ces classifications.

Ces brèves descriptions de ces figures typiques d'expériences dépersonnalisantes pointent à la fois le caractère transnosographique de la dépersonnalisation, et les limites d'une approche syndromique qui l'aborderait comme une entité possédant une sémiologie identique d'un contexte clinique à l'autre, et indépendante de ce contexte. Une attention portée aux traits saillants de la dépersonnalisation, en tant qu'éprouvé subjectif, peut conduire à en souligner des formes névrotiques, limites et psychotiques : il ne s'agit pas pour autant de soutenir que chacune de ces formes ne pourraient surgir que dans ces fonctionnements respectifs. La clinique de ces formes de dépersonnalisation, et leurs traits phénoménologiques propres, semblent davantage éclairés par un point de vue métapsychologique qui interroge les types de dissociations et de fonctions défensives auxquels ils peuvent être associés de manière privilégiée. Une figure typique de la dépersonnalisation névrotique porterait avant tout sur le sentiment de réalité et de consistance du soi, scindant le moi entre son jugement perceptif et le doute ; une forme de dépersonnalisation davantage associée aux problématiques mises au jour dans les fonctionnements limites questionnerait davantage les composantes du narcissisme, l'intrication pulsionnelle et le rôle dévolu au corps dans l'extériorisation de ce qui ne peut être psychiquement contenu ; une tonalité psychotique de la dépersonnalisation implique quant à elle directement la question de l'existence du sujet et la menace d'anéantissement.

Si toute expérience de dépersonnalisation n'appelle pas nécessairement une caractérisation en termes de défense, la considérer sous cet angle permet d'interroger les traits d'une clinique différentielle de ces vécus. Cet angle de questionnement amène par ailleurs un déplacement vis-à-vis de deux conceptions psychologiques classiques de la dépersonnalisation : celle qui l'aborde à partir du paradigme de la dissolution, risquant de la réduire à un pur symptôme déficitaire ; et celle qui, mettant en avant le critère du registre métaphorique et non délirant de ces vécus, risque d'occulter ce qui se donne comme leur trait spécifique : se situer dans le registre d'une sensation ou d'un éprouvé qui affecte directement, dans la réalité et non seulement dans la représentation, la manière dont le sujet s'éprouve lui-même.

Conclusion

L'usage du terme de dépersonnalisation dans les pratiques diagnostiques de la psychiatrie révèle l'ambiguïté nosographique de cette notion, entre névrose et psychose. La question se pose alors de savoir s'il est pertinent de la considérer comme une entité unique, qui serait caractérisée par une grande transversalité clinique, ou si ce terme englobe des phénomènes distincts qu'une analyse plus précise permettrait de différencier [7,25]. En rapportant cette question aux descriptions classiques de la dépersonnalisation, il apparaît que cette ambiguïté jalonne l'histoire de cette notion : elle se relie à l'équivocité qui caractérise l'histoire du concept de dissociation, issu d'une perspective psychologique et appliqué à la clinique de l'hystérie, avant de devenir un trait emblématique de l'approche psychiatrique des psychoses.

Interroger plus précisément les formes de dissociation qui peuvent sous-tendre la dépersonnalisation invite à questionner ses fonctions défensives. La dépersonnalisation apparaît comme une défense spécifique, qui vise directement la réalité du soi et son sentiment d'existence : sous cet aspect, cette entité tire sa pertinence clinique de son caractère transnosographique, qui souligne la présence, dans les névroses, de moments de vacillement de l'ancrage dans la réalité et du sentiment de présence. A l'inverse d'une approche syndromique qui associe ce caractère transnosographique à une sémiologie unique de la dépersonnalisation, cette transversalité clinique appelle un affinage de cette sémiologie, fondé sur les traits de sa phénoménologie en tant qu'expérience subjective. Une clinique différentielle de la dépersonnalisation exige ainsi de revenir aux différentes manières dont le sujet peut se trouver scindé de lui-même dans ces expériences de vacillement ou de bouleversement du rapport à soi. En se demandant, notamment, dans quelle mesure le vécu d'un dédoublement du moi entre dans la phénoménologie des formes de dépersonnalisation, différents modes de scission et de désintrication peuvent être interrogés : ils invitent à tracer des différenciations à partir des modalités défensives et des fonctions psychiques que peuvent incarner ce sacrifice ou cette attaque du contact avec soi-même.

L'auteure déclare ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

[1] Ithier B., Kapsambelis V. Argument : Dépersonnalisation. *Revue française de psychanalyse* 2013/4 ; 77: 973-979.

[2] De Luca M. La dépersonnalisation à l'adolescence : entre étrangeté ordinaire et conscience disloquée. *Evolution psychiatrique* 2015; 80 : 71-82.

[3] Pirlot G., Bourdet-Loubère S. De l'inquiétante étrangeté à la dépersonnalisation. Quand l'affect pousse le moi vers les bords de l' « autre de l'objet », le sujet. *Evolution psychiatrique* 2016 ; 81 : 575-587.

- [4] Moyano O., Claudon Ph., Colin V., Svatos J., Thiébaud E. Étude des troubles dissociatifs et de la dépersonnalisation au sein d'un échantillon de la population française adulte jeune. *L'Encéphale* 2001 ; XXVII: 559-69.
- [5] Sierra M., Berrios G.E. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research* 2000 ; 93 : 153-164.
- [6] Sierra M., Berrios G.E. Depersonalization: neurobiological Perspectives. *Biol. Psychiatry* 1998 ; 44 : 898-908.
- [7] Sass L., Pienkos E., Nelson B., Medford N. Anomalous self-experience in depersonalization and schizophrenia: a comparative investigation. *Consciousness and Cognition* 2013 ; 22 : 430-441.
- [8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association ; 2013.
- [9] Saladini O. et Luauté J.P. Dépersonnalisation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 2003 : 37-125.
- [10] Yung A.R., McGorry P.D. The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin* 1996 ; 22, n°2 : 353-370.
- [11] Nelson B., Thompson A., Yung A.R. Basic Self-Disturbance Predicts Psychosis Onset in the Ultra High Risk for Psychosis "Prodromal" Population. *Schizophrenia Bulletin* 2012 ; 38, n°6 : 1277-1287.
- [12] Sierra M. *Depersonalization: A new look at a neglected syndrome*. Oxford: Oxford University Press ; 2009.
- [13] Krishaber M. *De la névropathie cérébro-cardiaque*. Paris : Masson ; 1973.
- [14] Dugas L. Un cas de dépersonnalisation. *Revue philosophique de la France et de l'Étranger* 1898 ; XLV:500-507.
- [15] Janet P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris : Félix Alcan ; 1919.
- [16] Bleuler E. (1911). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris : EPEL/GREC; 1993.
- [17] Jaspers K. (1913). *Psychopathologie générale*. Paris : C. Tchou ; 2000.
- [18] Mayer-Gross W. On depersonalization. *British Journal of Medical Psychology* 1935 ; 15, n°2: 3-126.
- [19] Follin S. Le processus de dépersonnalisation. In : *Premier Congrès mondial de psychiatrie (1950)*. Paris : Hermann et Cie ; 1952.
- [20] Brokmann P. La dépersonnalisation, une singulière hyponcondrie psychique ? *Revue française de psychanalyse* 2013/4 ; 77 : 1114-1127.

[21] Freud S. (1936). Lettre à Romain Rolland : Un trouble du souvenir sur l'Acropole. *Oeuvres complètes*, Vol.XIX. Paris : PUF ; 2004. p.325-338.

[22] Maleval J.C. (1980). La déstructuration de l'image du corps dans les névroses et les psychoses. In : *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris : Payot ; 2007.

[23] Freud S. (1919). L'inquiétante étrangeté. In : *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard ; 1985.

[24] Bouvet M. (1967). *La relation d'objet*. Paris : PUF ; 2006.

[25] De Masi F. et Avakian D. La perte du soi dans la clinique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse* 2013/4 ; 77 : 1095-1113.