

Année 2021

2021 TOU3 1528

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Jean OLIVIER**

Le 02 avril 2021

### ÉTATS DE POSSESSION ET PSYCHIATRIE : UNE RÉFLÉXION PSYCHIATRIQUE TRANSCULTURELLE, NOSOLOGIQUE ET PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Directeur de thèse : Dr Nicolas VELUT

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Christophe ARBUS Président**  
**Monsieur le Professeur Philippe BIRMES Assesseur**  
**Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD Assesseur**  
**Monsieur le Docteur Nicolas VELUT Assesseur**  
**Monsieur le Docteur Tudi GOZÉ Suppléant**



## Remerciements :

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes m'ayant accompagné dans ce travail de thèse, et tout particulièrement mon directeur Monsieur le Docteur Nicolas Velut. Son écoute bienveillante dans ma découverte du monde de l'ethnopsychiatrie, ses nombreux conseils de lecture et son encadrement ont été pour moi des véritables repères sur lesquels j'ai pu ancrer ma réflexion. Je tiens aussi à le remercier pour la disponibilité, la tolérance et l'humanité dont il a fait preuve envers moi.

Je remercie Monsieur le Professeur Christophe ARBUS de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je lui suis également reconnaissant du temps et de l'engagement qu'il nourrit chaque jour vis-à-vis des internes et de leur formation. De même, je tiens à exprimer ma sincère gratitude quant à la confiance qu'il a pu mettre en moi durant mon dernier stage d'internat, et dans mon travail futur. J'espère m'en montrer digne.

Je remercie Monsieur le Professeur Philippe BIRMES de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Merci également pour son accompagnement lors de mes stages au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, et pour le travail qu'il met en œuvre dans le soutien et le développement de la psychiatrie toulousaine.

Je remercie Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD de me faire l'honneur de sa présence dans ce jury de thèse. Je tiens à exprimer ma gratitude quant à l'énergie qu'il met à assurer une formation de qualité aux internes en stages de pédopsychiatrie, où s'orientant dans cette voie. Merci aussi pour sa gestion et son soutien à toutes les équipes de pédopsychiatrie, lors de cette période si particulière du premier confinement.

Je remercie Monsieur le Docteur Tudi GOZÉ de me faire l'honneur d'être présent dans mon jury de thèse en ce jour si particulier. Je lui suis particulièrement reconnaissant pour l'aide qu'il m'a apporté dans l'élaboration de mon plan de thèse, pour ses conseils précieux, pour le temps, l'écoute et l'intérêt qu'il a accordé à ce projet.

Je tiens aussi à remercier tous les médecins qui m'ont accompagné durant mon internat, et m'ont appris ce si beau métier qu'est la psychiatrie. Merci au Docteur HADRICH et au Docteur GONZALES qui m'ont accueilli avec bienveillance lors de mon premier stage à Millau. Merci au Docteur GASSIOT pour sa gentillesse et son érudition, qui m'ont ouvert au sujet de la psychiatrie transculturelle. Merci à tous les psychiatres du SMPR et de l'UHSA, notamment aux Docteur RIEU et au Docteur CHAIX, qui m'ont appris que l'humanité persiste en tous lieux et en tout Homme. Merci au Docteur LETAMENDIA, pour sa rigueur et sa pédagogie, qui furent de vrais exemples pour moi. Merci au Docteur FRANCHITTO et aux médecins de l'équipe de psychiatrie périnatale et maternologie, pour leurs fabuleuses compétences humaines, et leurs capacités d'adaptation lors de l'émergence du virus COVID. Merci au Docteur HUGOT, pour la finesse de ses analyses cliniques, pour sa capacité à me donner confiance en moi, et pour son empathie si inspirante envers les patients. Merci d'avoir été une des premières internes à me faire croire que la psychiatrie pourrait me plaire, puis d'avoir été une chef exemplaire, et enfin, bientôt, une collègue de travail.

Merci à toutes les équipes soignantes qui m'ont accompagné pendant mon internat. Détailler combien vous avez enrichi ma vie prendrait bien plus de mots que tous ceux que j'ai pu mettre dans ce travail de thèse. Depuis mon « exil » aveyronnais jusqu'à mon retour à

Toulouse, j'ai trouvé en vous des enseignants, des collègues, et parfois même de véritables amis. L'écrit est si faible face aux lettres du cœur. J'ai bien conscience qu'un simple merci ne suffira probablement pas à exprimer la complexité et la beauté de ce que je ressens, mais j'espère pouvoir faire vibrer ce mot avec toute la force de mon affection.

Merci à mes parents. Il est là encore difficile d'exprimer à quel point je fus - et suis encore - un enfant chanceux. Merci pour cet amour incroyable dont vous me faites le cadeau chaque jour. Ce même amour qui, d'un petit Olivier frêle et fragile, a fait pousser un homme aux racines solides... Merci pour l'aide que vous m'avez apportée pendant mes études, et pour votre indéfectible soutien, jusque dans les dernières relectures à minuit passé.

« Petit Jean, pour un temps, s'en est allé loin de ses parents, mais jamais dans la nuit, il n'oublia son pays. »

Merci à mes frère et sœurs pour les exemples qu'ils m'ont donnés : merci à la douceur de Valérie, à l'empathie de Céline, au courage de Laurent, à la force d'Isabelle. Merci aux « valeurs ajoutées », mes autres frères et sœurs. Merci à la sagesse de Sébastien, au caractère passionné de Loréna, à l'humour bienveillant de Vincent.

Merci à tous mes neveux et nièces, dont la jeunesse et l'énergie me motivent tous les jours. Je porte en vous les plus beaux espoirs, de bonheur, c'est là tout ce qui compte.

Merci à mes co-internes, et à mes amis des différentes promotions de psychiatrie. J'adresse en premier une pensée émue à Florentin. J'aurais aimé que tu sois là tu sais. Tu étais pour moi un ami, et une personne d'une richesse humaine incroyable. J'espère que tu es bien là où tu es. Je travaillerai à garder en moi une partie de ta lumière dans l'accompagnement de mes patients.

Merci à Christophe (« Chrichri »), mon coloc' de Millau et de Rodez. Tu es une personne merveilleuse, et je ne doute pas que tu seras aussi bon médecin que père. À toi qui me fis aimer les jeux de société, aux allers-retours Millau-Toulouse, à Mario-Kart, au Roquefort, aux blagues nulles et à l'amitié ! Merci bien sûr à Isabelle, pour toutes ces soirées de rire.

Merci à Raphaël (« Raphou ») pour toutes nos discussions philosophiques, pour les soirées à regarder bêtement des émissions de voiture (auxquelles nous ne comprenions rien !), pour les sorties toulousaines, pour ta gentillesse et ton humanité.

Merci à Benjamin, aux week-ends bordelais et aux soirées films ruthénoises ! Merci à Séverine.

Merci à Pierre (« Pierrot »), pour tes pensées si belles et ta profonde gentillesse, merci à Gabrielle (« Gabichou ») pour les discussions enflammées.

Merci à l'équipe babyfoot de l'UF2, à Alexandra, Salomé, Thomas (et Vincent bien sûr).

Merci à Ellynn (et aux cafés viennois), à Hugo (et aux guitares), merci à Carole, à Julien, à Cécile, à Justine...

Merci à mes amis d'externat, qui ont été là dans les moments les plus beaux, mais aussi les plus durs. A Diane, Guillaume, Adeline, Flora, François, Jeffrey, Morgane, Romain (et les câlins), Marion, Damien, Benjamin. Je vous aime mes amis.

À Nilu, mon phare dans les nuits sans lune. À Claire, ma lune dans les nuits sans phare. C'est dans l'adversité qu'on reconnaît les amitiés les plus riches, et je vous dois cette leçon de vie. À vous deux, qui ne vous connaissez pas, mais qui partagez pourtant une beauté humaine folle, vous que j'admire tant, vous qui m'avez tant aidé. Merci pour votre intelligence, votre calme, votre philosophie. Merci de m'inspirer.

Merci au groupe, à « Busty Blondie », puis « Ship of Theseus ». Vous mes bouffées d'air pur et musical, merci Alexis, Antoine, Bruce, Maxime, Hugo. Merci pour les concerts, toutes ces notes partagées (y compris les fausses !), merci pour la passion et les rires !

Merci aux amis de la plongée, merci Valentin pour l'inspiration que tu me donnes à protéger cette jolie bille bleue qu'on appelle Terre, merci à Marius et à Seb.

Merci aux amis que je vois moins, aux copains éloignés, à tous ceux que j'oublie dans ce texte mais pas dans mon cœur.

Merci à mes patients, et aux leçons qu'ils m'apportent tous les jours.

Merci enfin aux mots, et à la poésie.

Toujours.

## Table des matières :

### I/ Introduction et définitions

#### A) Introduction

#### B) Définitions : les états de possession

### II/ Première partie de la revue de littérature : dissociation et possession

#### A) Introduction : Le trouble dissociatif comme entité diagnostique aux limites floues : définition, épistémologie

##### 1/Troubles dissociatifs et conversion : opposition de Freud et Janet

##### 2/ Troubles dissociatifs et psycho-traumatisme

#### B) Méthode

#### C) Résultats

#### D) Analyse

##### 1/ Trouble dissociatif de l'identité à forme de possession

◦ *Un faible niveau de preuve*

◦◦ *Une classification diagnostique critiquée*

◦◦◦ *Conclusion*

##### 2/ Psycho-traumatisme et possession

◦ *Les démons de la guerre*

◦◦ *Autres formes de psycho-traumatismes et possession*

◦◦◦ *Conclusion*

##### 3/ Hystérie et possession

◦ *De la possession à l'hystérie, une histoire de la psychiatrie*

◦◦ *La possession et l'hystérie dans la littérature moderne :*

◦◦◦ *Conclusion*

#### 4/ Conclusion

### **III/ Deuxième partie de la revue de littérature : psychose, schizophrénie et possession**

#### **A) Introduction**

#### **B) Méthode**

#### **C) Résultats**

#### **D) Analyse**

1/ Le poids de la stigmatisation : de la durée de psychose non traitée à l'importance des représentations culturelles des proches et des patients

#### 2/ Des exemples cliniques

3/ Différenciation des états de transe à type de possession par rapport à la schizophrénie et étude du risque des pratiques d'exorcismes chez les patients souffrant de troubles psychotiques

#### 4/ Conclusion

### **IV/ Fonction discursive des états de possession**

**A) La possession comme moyen d'expression de la condition de la femme de par le monde**

**B) La possession comme expression de l'acculturation**

**C) Conclusion**

### **V/ Discussion**

## I/ Introduction et définitions

### **A) Introduction**

La question du lien entre la culture et la psychiatrie a toujours été, au cours des années, sujette à réflexions, débats et recherches. En effet, il apparaît évident qu'on ne peut comprendre le fonctionnement psychique d'une personne sans s'intéresser à son environnement culturel, et à la manière dont celui-ci a pu influencer son développement, sa représentation du monde et de sa personne.

A contrario, comment la psychologie humaine agit-elle de son côté sur la construction d'un cadre et des représentations culturelles ?

Où commence la psychologie, où s'arrête la sociologie et l'anthropologie ? Peut-on seulement tracer une frontière entre ces domaines ?

Plus largement : quand peut-on parler de pathologie, quand peut-on parler de culture, et quand doit-on parler des deux ?

C'est là le domaine passionnant de la psychiatrie transculturelle.

Dans mon parcours personnel, et particulièrement au cours de mon internat, une question en rapport avec ce champ s'est mise à tourmenter mon esprit : celle de la possession.

En effet, je rencontrais parfois dans mon bureau des patients m'expliquant qu'ils étaient « habités », « contrôlés », « manipulés ». Les expériences rapportées par ces patients me semblaient souvent similaires, bien que les noms donnés à celles-ci variaient : l'expérience d'une perte de contrôle, de ne plus être maître de soi, comme privés d'une volonté propre, privés du sentiment rassurant d'identité, parfois extérieurs à leurs propres émotions, leurs propres souvenirs ou pensées, leurs propres actions. Ils se sentaient tous victimes de forces qui les dépassaient et les envahissaient.

En un mot comme en mille : possédés.

Je me rappelle la première fois où cette question m'a été amenée, par un patient d'une vingtaine d'années, dont les cheveux bouclés étaient coiffés étrangement, plaqués et regroupés soigneusement sur le côté droit de son crâne, comme s'il eut été pris en permanence dans un courant d'air invisible. Il m'expliqua alors que Jésus lui avait intimé de se coiffer de la sorte, mais aussi qu'il était possédé par le diable. Si cette histoire peut prêter à sourire dans un premier temps, elle était néanmoins beaucoup plus tragique lorsqu'il racontait comment le diable le violait et le maltraitait tous les jours. Il était atteint de schizophrénie et souffrait d'hallucinations acoustiques et verbales, ainsi que d'hallucinations cénesthésiques. Le tableau devint plus étonnant quand nous découvrîmes que ses parents, ne souffrant pourtant pas de pathologies mentales (non diagnostiquées tout du moins), pratiquaient avec lui des prières d'exorcisme et accordaient crédit et valeur de vérité à son délire. Ils étaient catholiques pratiquants et, dans leur référentiel culturel, la possession était une explication plausible aux symptômes de leur enfant.

Dans le même service, je recevais en entretien quelques semaines plus tard une jeune femme, elle aussi âgée d'une vingtaine d'années. Elle était habillée avec une grande élégance, riait à tout va, et débitait un flot quasi-ininterrompu de mots vantant ses qualités de vendeuse exceptionnelle (« la meilleure du monde ») et les multiples dons qui lui avaient été offerts par une nature particulièrement généreuse. Elle tenta même de me vendre en plein entretien un sèche-cheveux qu'elle sortit de son sac à main, en m'expliquant la nécessité absolue que je le lui achète. Elle était, vous l'aurez sûrement deviné, atteinte d'un trouble bipolaire, et elle expérimentait sa première véritable décompensation

maniaque. Là encore, les parents avaient eu un positionnement surprenant avec leur fille. En effet, comme me l'expliqua la patiente quelques temps plus tard, lorsque la symptomatologie fut un peu apaisée :

« Ils m'ont fait voir un exorciste avant de venir ici. Il faut que vous compreniez que chez nous, la psychiatrie n'existe pas : quand quelqu'un va mal, c'est la faute d'un Djinn. »

Elle appartenait à une famille de confession musulmane et parlait du Maghreb quand elle disait « chez nous ».

Plusieurs points communs reliaient ces deux histoires, mais l'un d'eux en particulier m'interpellait. Dans les deux cas, des parents pourtant apparemment « sains d'esprit » ne s'étaient pas tournés vers la psychiatrie dès le départ pour trouver une aide à la souffrance de leurs enfants. C'était d'ailleurs plutôt une absence de choix qu'autre chose qui les avaient menés à nous, expliquant peut-être en partie une certaine méfiance, voire une hostilité aux soins que nous proposions. Le poids de la dimension culturelle et environnementale en psychiatrie me marqua alors profondément.

Par la suite, je rencontrai d'autres patients, qui m'apportèrent tous leurs grilles de lecture à ce qu'ils attribuaient à un état de possession, ainsi que leurs histoires :

- Un patient emprisonné dans la maison d'arrêt de Seysses, souffrant d'un premier épisode psychotique bref. Alors que nous avons pu commencer un traitement par neuroleptiques, il me dit avoir parlé à l'Imam qui visitait parfois les prisonniers, et que celui-ci lui aurait dit qu'il était possédé.
- Une femme hospitalisée en UHSA atteinte de schizophrénie, qui avait vécu la roqya (une lecture de versets coraniques destinée à chasser les djinns) avant son incarcération. Elle disait avoir tenté de rejoindre la Syrie, convaincue par les voix la possédant qu'une guerre divine était en cours, et que c'était le lieu le plus sûr pour elle.
- Un homme hospitalisé en UHSA, lui aussi atteint de schizophrénie et, convaincu d'être possédé à la fois par des djinns ainsi que par Allah. Quand les voix qu'il attribuait aux démons « prenaient le contrôle » de son esprit, il pouvait alors commettre des actes particulièrement dangereux. Ainsi, il brûla par deux fois des chambres en hospitalisation, la sienne et une chambre d'isolement. Parallèlement, ses expériences de possession par Allah étaient bien mieux vécues, et nous pouvions alors le voir sourire, lui qui présentait habituellement un faciès marqué par l'angoisse et la méfiance. Dans sa prise en charge, la reconnaissance de ses croyances a été un vrai pilier à la thérapie.
- Un autre homme, toujours à l'UHSA, atteint pour sa part d'une schizophrénie hétérotypique, se disant reconnu comme chaman dans sa communauté. Il nous démontra que cela lui permettait une vraie intégration et reconnaissance sociale que sa pathologie n'aurait peut-être pas permis autrement.
- A mon stage en liaison périnatale, une jeune femme qui, lors de sa grossesse, avait été hospitalisée pour une problématique de vomissements incoercibles et de nausées. Rapidement, nous nous rendîmes compte qu'il s'y associait un trouble de la personnalité histrionique, avec des épisodes de conversion sous forme de Crises Con Épileptiques Psychogènes et de malaises hystérisiformes multiples. Son mari parlera le premier de l'hypothèse de sa femme « habitée », et ce sont des mots que la patiente reprit sur la suite de son hospitalisation, pour tenter d'expliquer sa situation. Il était étonnant de constater que, factuellement, elle était effectivement « habitée » par une présence étrangère : celle de son enfant à naître.
- Une autre femme enceinte, qui présentait elle tous les éléments d'un stress post-traumatique dû à un premier accouchement par césarienne en urgence vitale. Elle avait été marquée

brutalement par la peur de perdre sa vie, ainsi que celle de son enfant. A la suite de cela, elle fût convaincue de la présence d'un djinn dans sa maison qui la terrorisait et cherchait à la posséder, ce qui expliquait pour elle son état de tension permanente.

Face à cette multiplicité des tableaux cliniques, je découvris avec étonnement que la possession était presque exclusivement liée aux troubles dissociatifs dans le DSM-V (1), et plus particulièrement au trouble dissociatif de l'identité, dont il peut être une forme diagnostique à part entière.

Pourtant, plusieurs articles étayaient quant à eux l'hypothèse d'une connexion entre psycho-traumatisme et possession : réfugiés, survivants de guerre, de violences, d'abus sexuels. D'autres traitaient des liens possibles entre la possession et l'hystérie, le trouble de conversion, la schizophrénie, la mélancolie, le trouble borderline...

Puis, je m'intéressai à la raison de ces croyances, et fus amené à remettre en cause les notions très occidentales d'insight. En effet, est-ce que le fait de croire que l'on souffre d'un état de transe ou de possession est nécessairement la preuve d'une mauvaise conscience de son trouble ? N'est-ce pas là justement, une manière de reconnaître et d'exprimer sa souffrance, pour ainsi rechercher une aide adaptée ? Y a-t-il des différences entre les patients qui attribuent leur état à une cause surnaturelle, et ceux qui y voient l'expression d'une maladie ?

Des lectures d'ethnopsychiatrie, de sociologie et d'anthropologie (Georges Devereux, Patrick McNamara, Seligman, Kirmayer...) m'apportèrent quant à elles un éclairage sur les représentations culturelles et culturelles, sur l'abord historique et même évolutif de ces états, si communs par le monde. En effet, les états de transe et de possession remonteraient, pour de nombreux auteurs, aux origines même de l'humanité, certains avançant même le fait qu'elles seraient à l'origine des proto-religions (cf. *Spirit Possession and Exorcism tomes 1 et 2* par Patrick McNamara (2), retraçant l'histoire de la possession du paléolithique à nos jours).

Je me rendis alors compte que la question de la possession ne pouvait pas être comprise sous l'angle unique de la pathologie, et que de nombreuses cultures pouvaient valoriser ces états et même s'en servir à des fins thérapeutiques. Ainsi, la possession pouvait être vue comme bénéfique ou positive.

Je découvris petit à petit de la richesse du sujet et toutes les interrogations qu'il portait avec lui. Je fus pris d'un vertige : Comment aborder ce thème si complexe sans en omettre une particularité importante et, à contrario, comment ne pas se perdre dans une question bien trop vaste ? Je décidai donc de recentrer mon propos : si les états de possession ne sont pas nécessairement pathologiques (loin de là), je fis le choix de ne m'y intéresser que dans ce cadre pour ce travail de thèse. Il sera donc question d'étudier la clinique des patients disant souffrir d'un état de possession, et de tenter de comprendre les ressorts psychologiques et psychiatriques en jeu.

Pour cela, je m'appuierai sur une revue de littérature ayant pour point central la possession, et autour de laquelle graviteront les différentes questions psychologiques, psychopathologiques et psychiatriques de ces états que nous avons pu esquisser ci-dessus.

Après cette introduction, je reviendrai brièvement sur les différentes définitions socio-culturelles et médicales de la possession.

Comme vu ci-dessus, les états de possession sont principalement liés aux troubles dissociatifs dans le DSM-V (1). Le deuxième chapitre de cette thèse reviendra donc d'abord sur le concept de dissociation, de ses différentes définitions à ses fondements épistémologiques. Puis, à partir de ces concepts, une revue de la littérature étudiant le lien entre dissociation et possession sera étudiée.

Le troisième chapitre s'appuiera sur mon constat initial : la plupart des patients m'ayant évoqué souffrir d'un état de possession étaient atteints de troubles psychotiques, et particulièrement de schizophrénie. Cette partie s'appuiera donc sur une revue de littérature étudiant cette fois le lien entre psychose, schizophrénie et possession.

Le quatrième chapitre aura pour intérêt d'ouvrir la réflexion clinique. En effet, si les états de

possession sont liés dans la littérature aux troubles dissociatifs (au sens large), à la psychose et à la schizophrénie, cette introduction nous permet aussi d'effleurer le fait que cela serait probablement réducteur de résumer cette question clinique à ces tableaux.

Ainsi, par son aspect transculturel, transnosographique, transdisciplinaire, et historique, la possession peut être considérée comme un véritable phénomène complexe. La quatrième partie aura donc pour vocation de s'intéresser à la fonction discursive de cette conviction de souffrir de possession.

Enfin, en conclusion, une discussion sera apportée à ce travail de thèse, pour tenter d'en synthétiser l'ensemble, d'en souligner les points les plus importants, et de mener une réflexion sur les déductions et les hypothèses générées par cette étude.

## B) Définitions : les états de possession

Pour s'intéresser au vaste sujet de la possession, il semble primordial avant toute chose d'en comprendre le sens, et donc de tenter d'en trouver une définition.

Il est fréquent dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie que les définitions médicales et du langage courant se mêlent, voir se contredisent, pouvant mener à des confusions somme toute communes.

Ainsi, la mélancolie du poète est bien loin de celle de la personne souffrant d'un Épisode Dépressif Caractérisé Sévère. Dans le langage courant, sont souvent désignées comme schizo-phréniques toutes actions ou paroles d'aspect simplement contradictoires. La bipolarité (et parfois aussi la schizophrénie) est souvent évoquée en lieu et place d'un Trouble Dissociatif de l'Identité. Et comment ne pas penser à l'hystérie, dont les définitions cliniques se heurtent bien malheureusement encore aujourd'hui à un usage souvent discriminatoire vis-à-vis des femmes ?

C'est alors le rôle du psychiatre de pouvoir expliquer au patient et à ses proches le sens médical de la pathologie diagnostiquée, et de les aider à distinguer les différences avec les définitions du langage courant.

Pour autant, les états de possession sont intéressants en cela qu'ils posent une difficulté bien particulière. Ce terme est en effet si éloigné de toute implication scientifique ou médicale qu'il paraît presque hors de propos dans une conversation clinique. Ainsi, bien que présent dans le DSM -V (1), comme dans la CIM-X (3), il paraît bien plus appartenir au lexique du langage courant qu'à celui du médical.

D'après le Larousse (4), la possession (au sens spirituel) se définit comme suit :

« Phénomène diabolique qui fait d'un sujet l'instrument du démon. »

C'est là une définition bien limitée qui, pourtant, apporte un premier élément capital : le sujet devient « instrument » d'une force extérieure. Il y a donc une perte de l'aptitude à se gouverner soi-même, ce pouvoir revenant ici au « démon ». L'individu perd donc son autonomie, sa faculté d'agir. L'emploi du terme « instrument » est aussi particulièrement intéressant dans ce qu'il a de déshumanisant : le sujet n'est plus ici qu'un objet.

Nous verrons un peu plus loin que les états de possession furent auparavant classés dans les états de transe dissociative. Aussi apparaît-il utile, même si les états de transe ne seront pas l'objet de cette thèse, de s'intéresser à la définition de ceux-ci.

Le Larousse (4) définit la transe de différentes manières :

« – Inquiétude très vive, peur accompagnée d'angoisse à l'idée d'un danger proche : Être dans des trances épouvantables.

– État d'exaltation de quelqu'un qui est transporté hors de lui-même et hors du monde réel ; convulsions, manifestations extérieures marquant cet état : Être pris de trances au cours d'une cérémonie vaudou.

– État modifié de conscience dans lequel entrent les médiums quand ils communiquent avec les esprits. »

Ces définitions sont intéressantes car apportent chacune une lecture particulière du mot : la première serait le reflet d'une peur et d'une angoisse, tandis que la seconde et la troisième se rapporteraient plutôt à un état de conscience, allant de l'exaltation à un « état modifié ». L'individu

part alors en voyage, « hors de lui-même et hors du monde réel », et pourra éventuellement communiquer avec les esprits. Cette deuxième définition amorce donc une ébauche du lien fort

unissant les états de transe et les états de possession par des esprits (ou autres). En effet, comment ne pas imaginer dans ce corps laissé à vide une enveloppe à habiter, à instrumentaliser, pourquoi pas par les mêmes esprits avec lesquels une communication serait entamée ? Il est important de noter que des manifestations extérieures peuvent survenir pour marquer cet état, comme des convulsions.

Fait intéressant, le Robert (5) apporte quant à lui une définition toute médicale, mais bien succincte du phénomène de la possession :

« Forme de délire dans lequel le malade se croit habité par un démon (possédé), avec sentiment de dédoublement et hallucinations. »

La définition est intéressante aussi. Ici, l'on passe d'un phénomène anthropologique, sociologique et culturel à une « forme de délire » où le possédé ne peut qu'être un « malade ». La notion du dédoublement est précieuse en cela qu'elle traduirait l'apparition d'une altérité, d'un autre présent au sein même de l'espace psychique du patient. Elle fait donc écho, à sa manière et comme nous le verrons plus tard, aux Troubles Dissociatifs de l'Identité. Elle sous-entend aussi que le malade souffrirait nécessairement d'hallucinations et d'une forme de délire, se rapprochant donc des sphères délirantes et psychotiques.

Ce même Robert (5) définit d'une manière très proche au Larousse (4) la transe :

« – Inquiétude ou appréhension extrêmement vive. → affres. Être dans les transes.

– État du médium dépersonnalisé comme si l'esprit étranger s'était substitué à lui. Médium qui entre en transe. — par extension Être, entrer en transe : être hors de soi. »

Nous revenons ainsi à cette sorte de double définition où la transe peut être l'écho d'une « inquiétude ou appréhension » très vive, un voyage hors de soi. On retrouve encore le lien avec l'état de possession, plus prononcé ici : « comme si l'esprit étranger s'était substitué à lui ». Bien sûr, le psychiatre averti notera l'état « dépersonnalisé », terme appartenant là encore au lexique des troubles dissociatifs.

Dans une approche plus scientifique, Le Dictionnaire des Sciences Humaines, Anthropologie/Sociologie définit quant à lui la possession de la sorte :

« Désigne, en anthropologie une situation au cours de laquelle une personne est considérée comme étant habitée par une ou plusieurs entités surnaturelles (divinité, esprit, ancêtre, démon, etc.). »

Cette définition apporte un regard plus large, sortant du seul concept de la possession par un démon pour parler plus largement d'entités surnaturelles. Elle apporte aussi l'idée de la personne « habitée ». L'individu, alors privé d'autonomie, se retrouve donc instrumentalisé de l'intérieur. Ainsi, dans le langage courant et en sciences humaines, la possession serait un phénomène ou une forme de délire dans lequel un sujet se verrait relégué au rang d'instrument hétéronome, habité et sous le contrôle d'une entité surnaturelle (démon, esprit, ancêtre, divinité...).

La transe, quant à elle, serait un état dépersonnalisé par lequel un voyage à l'extérieur de soi et du monde réel serait possible, et où l'on pourrait même rentrer en contact avec des esprits.

La transe pourrait aussi être le reflet d'émotions extrêmement vives, comme la peur, l'angoisse, l'inquiétude ou encore l'appréhension.

Dans le langage médical, si le DSM-IV (6) s'appliquait à différencier les troubles dissociatifs de l'identité des états de transe et de possession (ceux-ci appartenant alors aux troubles dissociatifs non spécifiés), ce n'est plus le cas du DSM-V (1). Les états de possession devenaient ainsi une

catégorie du Trouble Dissociatif de l'Identité, là où les états de transe dissociative appartenaient toujours aux troubles dissociatifs non spécifiés.

Le DSM-IV (6), définissait les états de transe ou de possession de la sorte :

« État de transe dissociative : perturbations de l'état de conscience, de l'identité ou de la mémoire se produisant une fois ou bien de façon épisodique, propres à certains lieux et à certaines cultures. La transe dissociative implique un rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, et des comportements ou des mouvements stéréotypés que les sujets ressentent comme échappant à leur contrôle. Dans l'état de possession, il y a, à la place du sentiment de son identité propre, une identité nouvelle, ce qui est attribué à l'influence d'un esprit, d'une puissance, d'une divinité ou d'une autre personne, et peut s'accompagner de mouvements stéréotypés involontaires ou d'une amnésie. C'est peut-être le Trouble dissociatif le plus fréquent en Asie. L'Amok (Indonésie), le Behainan (Indonésie), le Latab (Malaisie), le Pihloktoq (Arctique), l'Ataque de Nervios (Amérique Latine) et la possession (Inde) en sont des exemples connus. Le trouble dissociatif ou l'état de transe ne fait pas partie de pratiques collectives culturelles ou religieuses largement admises. »

Ainsi, les critères de recherche d'un état de transe étaient les suivants :

#### « Critères de recherche du Trouble dissociatif :

##### État de transe

**A.** Soit (1) ou (2) :

(1) État de transe, c.-à-d. altération marquée et temporaire de l'état de conscience ou perte du sentiment de son identité personnelle, qui n'est pas remplacée par une autre identité, en association avec au moins l'un des symptômes suivants :

- (a) Rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, ou fixation anormalement sélective et focalisée sur certains stimulus environnementaux
- (b) Comportements ou mouvements stéréotypés que les sujets ressentent comme échappant à leur contrôle

(2) État de possession, c.-à-d. une altération unique ou épisodique de l'état de conscience caractérisée par le fait qu'il y a, à la place du sentiment familier de son identité propre, celui d'une identité nouvelle. Cela est attribué à l'influence d'un esprit, d'une puissance, d'une divinité ou d'une autre personne, comme en témoigne(nt) un (ou plusieurs) des symptômes suivants :

- (a) Comportements ou mouvements stéréotypés et culturellement déterminés qui sont ressentis comme étant sous le contrôle de l'agent de la possession
- (b) Amnésie totale ou partielle de l'événement

**B.** L'état de transe ou de possession n'est pas reconnu comme s'intégrant normalement dans une pratique collective culturelle ou religieuse.

**C.** L'état de transe ou de possession est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**D.** L'état de transe ou de possession ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'un Trouble psychotique (notamment un

Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et un Trouble psychotique bref) ou d'un Trouble dissociatif de l'identité et n'est pas dû aux effets psychologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. »

Le DSM-V (1) apportait un changement majeur en cela que les états de transe et de possession sont désormais rattachés au Trouble Dissociatif de l'Identité, dont les critères diagnostiques sont les suivants :

« **A.** Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs personnalités distinctes, **qui peut être décrite dans certaines cultures comme une expérience de possession.** La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée dans le sentiment d'identité et dans le sentiment d'agentivité, accompagnée d'altérations en relation dans les affects, les comportements, la conscience, et/ou dans le fonctionnement sensitivo-moteur. Ces signes et symptômes peuvent être observés par d'autres ou reportés par l'individu.

**B.** Trous de mémoire récurrents dans des événements du quotidien, des informations personnelles importantes, et/ou des événements traumatiques non comparables aux oublis quotidiens

**C.** Les symptômes causent une détresse clinique significative ou une détérioration dans les sphères sociales, occupationnelles ou les autres secteurs de fonctionnement.

**D.** La perturbation n'est pas une composante normale d'une culture ou d'une pratique religieuse largement acceptée.

Note : chez les enfants, les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un ami imaginaire ou autres jeux fantaisistes.

**E.** Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.e. Black-out ou comportements chaotiques durant une intoxication alcoolique) ou une autre condition médicale (p.e. Des crises d'épilepsie complexes partielles). »

De manière très intéressante, les états de transe dissociative sont restés classés, dans le DSM-V (1), dans les troubles dissociatifs non spécifiés. Ils sont définis de la sorte :

« Cette condition est caractérisée par une réduction aiguë ou une perte complète de la conscience des alentours immédiats qui se manifeste par une profonde absence de réponse ou une insensibilité à des stimuli environnementaux. Cette absence de réponse peut être accompagnée par des comportements stéréotypés mineurs (p.e. des mouvements de doigts) dont l'individu est inconscient et/ou qu'il ne peut pas contrôler, de même que par des paralysies transitoires ou des pertes de conscience. La transe dissociative n'est pas une composante normale d'une culture ou d'une pratique religieuse largement acceptée. »

La CIM-X (3) classe les états de transe et de possession dans les troubles dissociatifs (de conversion) :

#### « États de transe et de possession

Troubles caractérisés par une perte transitoire de la conscience de sa propre identité, associée à une conservation parfaite de la conscience du milieu environnant. Sont à inclure ici uniquement les états de transe involontaires ou non désirés, survenant en dehors de situations admises dans le contexte religieux ou culturel du sujet.

**A l'exclusion de :** états associés

- Intoxication aiguë par une substance psychoactive (F10-F19 avec le quatrième caractère .0)
- Schizophrénie (F20.-)
- Syndrome post commotionnel (F07.2)
- Trouble organique de la personnalité (F07.0)
- Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.-) »

Enfin, les états de transe et de possession sont aussi cités dans le cadre de l'état de stress aigu dans le DSM-V (1) :

« Des groupements culturels peuvent manifester des variantes de réponses dissociatives, telles que la possession ou des comportements de transe dans les mois initiaux suivant l'exposition au traumatisme. »

L'état de transe était cité dans le DSM-IV (6) comme une caractéristique descriptive ou un trouble mental associé possible aux amnésies dissociatives, ou comme caractéristique liée à la culture dans le cadre des fugues dissociatives.

Dans la CIM -X (3), sont aussi cités les « États de transe et de possession au cours d'une intoxication par une substance psychoactive ». Les états de transe sont cités dans le cadre des convulsions dissociatives.

Que peut-on apprendre de ces définitions ? Dans un premier temps, médicalement, les états de possession sont classés dans la catégorie troubles dissociatifs. Il est intéressant de noter que cela inclut les troubles de conversion dans la CIM-X (3), et il sera nécessaire dans un second temps de comprendre quelles sont les définitions actuelles de la dissociation. Il faut bien entendu aussi remarquer le déplacement des états de possession depuis les états de transe dissociative vers le Trouble Dissociatif de l'Identité.

Il y a donc une altération de la conscience de sa propre identité, qui peut être (dans les états de possession) ou non (dans les états de transe) remplacée par une autre personnalité, attribuée à un esprit, une puissance, une divinité ou une autre personne. Elle s'accompagne d'un sentiment de perte d'agentivité. La CIM-X (3) et le DSM ne s'accordent pas quant à la conscience de l'environnement immédiat. La CIM-X (3) considère qu'il y'a « conservation parfaite de la conscience du milieu environnant ». Le DSM-V (1) en revanche indique une « réduction aiguë ou une perte complète de la conscience des alentours immédiats » dans le cadre des trances dissociatives, et des « trous de mémoire récurrents dans les événements du quotidien » dans le cadre du Trouble Dissociatif de l'identité.

Il est très important de noter que, dans le DSM-V (1), ces états ne peuvent être diagnostiqués que s'ils entraînent une souffrance significative chez le sujet, si les troubles ne peuvent être expliqués par une autre pathologie, un usage de substances psychotropes, et si ils ne s'inscrivent pas dans le contexte culturel ou religieux habituel du patient.

## **II/ Première partie de la revue de littérature : dissociation et possession**

### **A) Introduction : Le trouble dissociatif comme entité diagnostique aux limites floues : définition, épistémologie**

#### 1/Troubles dissociatifs et conversion : opposition de Freud et Janet

Comme nous venons de le voir, les états de possession se définissent comme étant des troubles dissociatifs dans leur approche diagnostique psychiatrique. Il est donc logique de chercher à comprendre la définition et le cadre exact de ces troubles. Le DSM-V (1) les définit ainsi :

« Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, des perceptions, des représentations corporelles, du contrôle moteur, et des comportements. »

C'est une définition extrêmement proche de la définition apportée dans le DSM-IV (6). Néanmoins, la définition de la CIM-X (3) apporte un élément supplémentaire. En effet, ils sont désignés comme ceci : Troubles dissociatifs [de conversion] (apportant ainsi la notion de conversion dans la réflexion). La définition apportée dans la CIM-X (3) est la suivante :

« Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. »

Historiquement, la notion de conversion est intimement liée à celle de l'hystérie. Ainsi, dans la CIM-X (3) il est expliqué un peu plus loin :

« Dans le passé, ces troubles ont été classés comme divers types "d'hystérie de conversion". On admet qu'ils sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Les symptômes traduisent souvent l'idée que se fait le sujet du tableau clinique d'une maladie physique. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique connu, en particulier neurologique. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique. »

Le DSM-V (1) ajoute d'ailleurs dans le sous chapitre des troubles dissociatifs de l'identité :

« Les Crises Non Épileptiques Psychogènes et autres symptômes de conversion sont proéminents dans certaines présentations du Trouble Dissociatifs de l'Identité, particulièrement dans des cadres non occidentaux. »

Néanmoins, bien que des symptômes puissent être présents, le DSM-V (1) considère le trouble de conversion comme un diagnostic différentiel du trouble dissociatif de l'identité :

## « Le trouble de conversion (trouble des symptômes fonctionnels neurologiques).

Ce trouble peut être distingué du Trouble Dissociatif de l'Identité par une absence de perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs identités, ou par une expérience de possession. L'amnésie dissociative dans les troubles de conversion est plus limitée et circonscrite (par exemple pour une crise non épileptique). »

Dans la définition des troubles de conversions du DSM-V (1), on peut aussi lire :

« Le trouble de conversion est souvent associé à des symptômes dissociatifs, tels que la dépersonnalisation, la déréalisation, et l'amnésie dissociative, particulièrement au début des symptômes ou durant les attaques. »

Le DSM-V ajoute aussi :

« Des changements ressemblants à des symptômes de conversion (et de dissociation) sont communs dans des rituels culturellement reconnus. »

Il est à noter que la conversion "hystérique" en elle-même n'est pas citée dans le DSM-V (1), mais que celui-ci lie le trouble de la personnalité histrionique avec les troubles de conversion en termes de comorbidité :

« Le trouble de la personnalité histrionique a été associé à des taux plus hauts du trouble des symptômes somatiques, du trouble de conversion (trouble des symptômes neurologiques fonctionnels), et des épisodes dépressifs caractérisés. »

Le DSM-IV (6) quant à lui, se permettait un lien plus direct :

« On peut constater chez les individus présentant des symptômes de conversion une "belle indifférence" (c.-à-d. Qu'ils sont relativement peu concernés par la nature ou les conséquences des symptômes) ou bien, aussi, une attitude dramatique ou histrionique. »

On voit donc que les troubles dissociatifs et les troubles de conversion sont très proches et se mêlent souvent dans leur clinique. Pour comprendre ce lien, il nous faut remonter aux concepts même d'hystérie et de dissociation, dans une approche épistémologique.

Ainsi, avant le DSM, bien des symptômes retrouvés dans les troubles dissociatifs et dans les troubles de conversion étaient regroupés sous le concept de l'hystérie, qui sera notamment étudié et développé par Janet, Breuer et Freud.

Pour Janet, ces troubles étaient la conséquence d'une dissociation parmi les systèmes d'idée et de fonction qui constituent la personnalité. Cette dissociation était provoquée par une diminution des capacités intégratives de la personne. Dans la théorie de Janet, la dissociation était principalement expliquée par un ou des traumatismes psychologiques.

Plus tard, Breuer et Freud étudièrent ces idées et avancèrent que la dissociation avait une fonction protectrice face à des événements ou à des pulsions traumatisants et les affects envahissants qui y étaient liés. Dans ce cadre, ces affects refoulés étaient alors "convertis" en symptômes somatiques, ce qui permettait au patient d'exprimer sa souffrance, sans que le matériel traumatique n'émerge de manière consciente. (7)

Cette théorie est intéressante car le symptôme n'est plus ici considéré que comme une conséquence, mais aussi comme un moyen de communication, un idiome de détresse.

Dans le cadre de l'étude des états de possession, la question de la dissociation et de la conversion est sujette à de multiples débats, et l'on peut citer ici Castillo (8) (9) sur des cas de possession en Asie du Sud Est.

En préambule, il mettait en lumière l'opposition de pensée entre la théorie freudienne de la

conversion et celle de Janet sur la dissociation. Castillo estimait que les différences entre ces deux théories pouvaient se résumer ainsi :

- La théorie de la dissociation supposerait que les processus mentaux des consciences alternatives seraient inconnus de la conscience principale, avec leurs propres connaissances de soi et sentiments d'identité. C'est l'idée de l'existence du subconscient, ou, comme l'appellera Prince, de coconsciences fonctionnant en canaux séparés. La théorie de la conversion préférerait penser un refoulement d'idées inacceptables pour la conscience. C'est l'idée de l'existence d'un inconscient.
- Dans la théorie de la dissociation, les symptômes résulteraient d'une séparation de la conscience induite par la transe en des courants séparés (dissociation), notamment lors d'événements traumatiques. Dans la théorie de la conversion, les symptômes seraient le résultat d'un refoulement d'idées inacceptables dans l'inconscient, ne pouvant plus s'exprimer que de manière détournée (conversion).
- La théorie de la dissociation permettrait l'acceptation de personnalités multiples simultanées (coconsciences), là où la théorie freudienne de la conversion refuserait l'idée des personnalités multiples.
- Le contenu de l'inconscient ne serait accessible que par des voies détournées dans la théorie freudienne (hypnose, interprétation de rêves...), alors que le contenu de l'identité dissociée serait accessible directement dans la théorie de Janet, en révélant cette personnalité et en discutant avec.
- Le refoulement serait un mécanisme défensif contre des idées ou des pulsions inacceptables (notamment œdipiennes), là où la dissociation serait le résultat de psycho-traumatismes mais pas d'un mécanisme de défense au sens freudien.

Ainsi, pour un même phénomène, désigné initialement comme "névrose hystérique", on observe deux courants de pensée différents. De tout cela, une différence fondamentale me semble essentielle à observer entre ces deux théories :

- L'une va principalement s'intéresser à l'origine du phénomène, par le prisme de psycho-traumatismes ayant pour conséquence une rupture de l'esprit en plusieurs personnalités dissociées. On pourrait grossièrement résumer cela en disant que la théorie de Janet étudiait en particulier la question de comment se créer le symptôme.
- L'autre va principalement s'intéresser à la raison d'être du symptôme, par le prisme de la nécessité de l'expression d'idées et de pulsions inacceptables par le conscient, via le mécanisme de la conversion. On pourrait donc dire que la théorie de Freud étudiait donc plus en détail la question de la finalité du symptôme.

Castillo (8) suggérait que l'anthropologie se serait bien plus inspirée de la théorie de Freud, notamment dans l'étude des phénomènes de possession, là où la psychiatrie américaine moderne se serait bien plus appuyée sur les travaux de Janet. Il est très intéressant de noter que le phénomène à l'étude était initialement le même.

Seligman et Kirmayer (10) expliquaient l'opposition entre anthropologie et psychiatrie sur la question de la dissociation de la sorte :

« Les approches de la transe et de la possession en anthropologie ont eu tendance à user de modèles passés de mode tirés de la théorie psychodynamique, ou ont traité ces phénomènes dissociatifs comme des processus purement discursifs d'attribution des actions et des expériences à des entités différentes de soi. Tandis qu'en psychologie et en psychiatrie, la compréhension des troubles dissociatifs a été entravée par l'argument polémique "soit/ou" : soit les troubles dissociatifs sont réels, des altérations spontanées dans l'état cérébral qui reflètent des phénomènes neurobiologiques ou ils sont imaginaires, des rôles socialement construits dictés par des attentes interpersonnelles, des scénarios culturels ... »

Il apparaissait difficile ici de ne pas faire le parallèle avec l'opposition théorique entre Freud et Janet, mais il se rajoutait une composante neurobiologique dans l'approche psychiatrique de la

dissociation. Les auteurs suggéraient aussi que cette divergence serait le reflet d'un long débat entre les théoriciens de l'état et les théoriciens du rôle au sujet des états hypnotiques. Brièvement, les théoriciens de l'état soutenaient l'idée d'une réalité neurologique et psychophysiologique aux états d'hypnose et de transe, là où les théoriciens du rôle ne voyaient qu'une performance socialement scriptée.

Les auteurs de l'article tentaient de réunir les deux approches théoriques de la dissociation, en soulignant les faiblesses et les forces de chacune d'elles. Ainsi, ils définissaient une approche "psychiatrique-adaptative" opposée à une approche "anthropologique-discursive". On retrouvait donc une vision psychiatrique pensant la dissociation comme un ensemble de mécanismes neurobiologiques ainsi que de fonctions psychologiques, et une vision anthropologique où la dissociation était avant tout un phénomène social, rhétorique permettant de créer un espace de dialogue autrement impossible dans le contexte.

La question qui se pose est de savoir si cette opposition fait sens en termes de clinique. En effet, si des études tendent à prouver la réalité neurologique de la dissociation et des états modifiés de conscience, notamment dans le cadre de la transe chamanique (11) (12) (13) ne peut-on aussi imaginer que ces tableaux cliniques aient une fonction de communication d'un mal être autrement inaccessible au dialogue ou au conscient ? Seligman et Kirmayer (10) appuyaient très bien cette idée, en citant, par exemple, le développement du diagnostic d'Épisode de Stress Post Traumatique aux États-Unis (une des pathologies où la symptomatologie dissociative est la plus présente). La reconnaissance de cette pathologie n'avait-elle pas aussi permis de communiquer et de légitimer la détresse des soldats engagés dans la guerre du Vietnam ?

Dans le cas de la possession, la fonction discursive et sociale a été largement étudiée par les anthropologues, dans des contextes principalement non pathologiques. Il peut être légitime de s'interroger sur la persistance de la fonction discursive dans le cadre d'une pathologie, et notamment dans le cadre des troubles dissociatifs.

On peut aussi citer une étude de la religion Candomblé (14), où la dissociation prenait le rôle spécifique de permettre une réinterprétation de sa propre histoire, selon les modèles culturels et symboliques des croyants.

Cela fait le lien avec Georges Devereux (15) qui définissait les mythes comme des "chambres froides" impersonnelles où les fantasmes individuels causés par des conflits intérieurs pourraient être "entreposés". Les mythes feraient alors office d'entre-deux, entre des affects trop chargés émotionnellement pour être refoulés complètement, et l'accès au conscient d'un contenu trop egodystone. Cette chambre froide mythologique pourrait donc être pensée comme une scène permettant l'expression, autrement impossible, de fantasmes et traumatismes enfouis. Pour en revenir à Seligman et à la religion Candomblé (14), elle expliquait que les récits de vie pouvaient être vus, en quelque sorte, comme des formes de "mythologies personnelles", car l'expérience subjective de ceux-ci passait nécessairement par le tamis de la culture, parfois sous la forme d'expériences de possession.

Les deux premières éditions du DSM étaient largement inspirées des travaux de Freud et Janet. Dans le DSM-II, on parlait de névroses hystériques, de sous types conversives ou dissociatives.

Ce n'est qu'à partir du DSM-III que les troubles de conversion furent séparés des troubles dissociatifs, et placés dans la catégorie des troubles somatoformes.

Il est important de noter que cette décision est toujours sujette à débat. Les principaux arguments avancés s'opposant à cette séparation sont le chevauchement symptomatique des deux catégories diagnostiques, et la présence de processus psychologiques et étiologiques qui seraient communs,

notamment au niveau traumatique (7) (16).

Ainsi, une méta-analyse récente de 2018 portant sur plus de 15,000 patients (17) a étudié les symptômes dissociatifs en psychiatrie en comparant les résultats du questionnaire DES (Dissociative Experience Scale) par catégories de pathologie. Cette étude montrait que le score DES moyen des personnes souffrant d'un trouble de conversion était bien supérieur au score DES moyen des personnes souffrant d'un Trouble Somatoforme de manière générale (soit la catégorie où sont classés les troubles de conversion dans le DSM-V (1)). L'auteur concluait ainsi au sujet des troubles de conversion que :

« Les scores de dissociation étaient dans des intervalles similaires à ceux des autres troubles dissociatifs ou liés au psycho-traumatisme ».

Nous voyons aussi poindre l'importance de la question du psycho-traumatisme dans la compréhension du concept de dissociation. En effet, comme développé ci-dessus avec la théorie de Janet : les traumatismes sont souvent considérés comme la source des troubles dissociatifs. Il est donc nécessaire de se pencher sur la question du psycho-traumatisme dans notre approche de compréhension du concept de dissociation.

## 2/ Troubles dissociatifs et psycho-traumatisme :

La CIM-X (3) comme les DSM-IV et V (1) (6) tracent un lien entre les troubles dissociatifs et le domaine du psycho-traumatisme.

Ainsi, dans le DSM-V (1), on peut lire :

« Les troubles dissociatifs sont souvent retrouvés dans les séquelles d'un traumatisme, et beaucoup des symptômes, y compris l'embarras et la confusion au sujet de ceux-ci ou un désir de les cacher sont influencés par la proximité du traumatisme. »

Le DSM-V (1) propose dans la section des diagnostics différentiels, des moyens de distinguer l'Épisode de Stress Post-Traumatique (ESPT) avec Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) de l'ESPT seul :

« Certains individus traumatisés ont à la fois un ESPT et un TDI. En conséquence, il est crucial de distinguer les individus avec un ESPT seul et les individus avec un ESPT et un TDI. Ce Diagnostic différentiel requiert que le clinicien établisse la présence ou l'absence de symptômes dissociatifs qui ne sont pas caractéristiques d'un État de Stress Aigu ou d'un ESPT. Certains individus avec un ESPT manifestent des symptômes dissociatifs qui se produisent aussi dans le TDI :

- 1) Amnésie pour certains aspects du traumatisme.
- 2) Flashbacks dissociatifs (p.e. Revivre le traumatisme, avec une conscience réduite de l'environnement actuel).
- 3) Symptômes d'intrusion et évitements, altérations négatives dans les cognitions et dans l'humeur, et une hyperactivation neurovégétative focalisée autour de l'événement traumatique.

D'un autre côté, les individus avec un TDI manifestent des symptômes dissociatifs qui ne sont pas des manifestation d'ESPT:

- 1) Amnésie pour beaucoup d'événements du quotidien (p.e. non traumatiques)
- 2) Flashbacks dissociatifs qui peuvent être suivis par une amnésie du contenu du flashback
- 3) Intrusions perturbatrices (non reliées au matériau traumatique) par des états d'identité dissociés, altérant le sentiment d'identité et d'agentivité de l'individu.
- 4) Rarement, des changements à part entière parmi différents états d'identité. »

Dans le chapitre concernant l'ESPT, on peut ainsi lire les spécifications suivantes dans les critères diagnostiques

« Spécifier :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes de l'individu rencontrent les critères de l'ESPT, et en addition, en réponse au facteur stressant, l'individu expérimente des symptômes persistants ou récurrents parmi les suivants :

- 1) Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché, comme un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p.e. se sentir comme dans un rêve, sentiment d'irréalité de soi, de son corps ou d'un ralentissement du temps).
- 2) Déréalisation : expérience persistante ou récurrente d'une irréalité de l'environnement (p.e. le monde autour de l'individu est expérimenté comme irréel, onirique, distant ou distordu). »

Bien entendu, le critère B3 revient sur la question des "flashbacks" et symptômes dissociatifs, développés de la sorte :

« L'individu peut expérimenter des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures, voir même jours, durant lesquels des composantes de l'événement sont vécues à nouveau, et où l'individu agit comme si l'événement se passait sur le moment (critère B3). Ces événements

apparaissent dans un continuum allant de brèves intrusions visuelles - ou d'autres sens - à propos de l'événement traumatique sans perte de l'orientation dans la réalité, jusqu'à une perte complète de la conscience de l'environnement présent.

Ces épisodes, souvent désignés comme "flashbacks", sont typiquement brefs mais peuvent être associés à une détresse prolongée et à une hyperactivation neurovégétative. »

Dans la CIM-X (3), on peut lire à propos des troubles dissociatifs (et comme cité ci-dessus) :

« On admet qu'ils sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. »

Comme vu avec la vision psychiatrique adaptative, le psycho-traumatisme dans la psychiatrie occidentale moderne est le principal mécanisme explicatif mis en avant au sujet de la dissociation. Ainsi, de nombreuses études ont mis en évidence un lien entre psycho-traumatisme et symptomatologie dissociative (que nous détaillerons en aval dans ce travail de thèse).

Dans la théorie adaptative, la dissociation péri-traumatique agirait comme un mécanisme de défense face à des affects trop intenses aux conséquences somatiques potentielles dramatiques. Du point de vue de l'évolution, face à un stress extrême ou un danger, il est avancé par certains auteurs que la dissociation, en inhibant les réponses émotionnelles non fonctionnelles, permettraient une meilleure conscience de l'environnement par une "analyse multisensorielle immédiate des informations utiles"(10).

Ainsi, une altération de l'intégration émotionnelle, mnésique et mémorielle dans les hauts niveaux de conscience serait à l'origine du sentiment de déconnexion, du vécu onirique et irréel que l'on retrouve fréquemment dans les syndromes de déréalisation/dépersonnalisation. Le cerveau de l'individu en situation de stress intense, en bloquant activement l'intégration de certaines informations, agirait de sorte à pouvoir chercher une solution immédiate sans "l'entrave" des plus hauts niveaux de conscience. Si la dissociation, dans le contexte du stress immédiat, permettrait une meilleure adaptation au danger, elle deviendrait mal adaptative par la suite et une source de souffrance pathologique via le développement d'un ESPT ou d'un trouble dissociatif.

Ainsi, en s'intéressant aux fondements épistémologiques des troubles dissociatifs en psychiatrie, il apparaît qu'ils sont intimement liés aux champs du trouble de conversion, de l'hystérie et du psycho-traumatisme. On pourrait même avancer qu'ils sont indissociables.

## B) Méthode

Ces considérations m'ont donc permis d'orienter la première partie de la revue de littérature sur la base de données PubMed. Les articles ont aussi été cherchés sur d'autres plateformes, telles que Researchgate ou Google Scholar.

Il a été question, dans un premier temps, d'étudier les liens qui unissent les états de possession et les troubles dissociatifs au sens large.

Les descripteurs MESH utilisés pour cette recherche ont été:

- Spirit possession
- Dissociative identity disorder
- Dissociative disorders
- Conversion disorder
- Hysteria
- Stress Disorders, Post-Traumatic

Dans les articles psychiatriques, le descripteur spirit possession (et les termes qui lui sont liés : Possession, Spirit - Possessions, Spirit - Spirit Possessions - Demonic Possession - Demonic Possessions - Possession, Demonic - Possessions, Demonic - Demon Possession - Demon Possessions - Possession, Demon - Possessions, Demon) est rarement employé. C'est pourquoi j'ai rajouté le simple terme "possession" à la recherche. Celle-ci était donc la suivante :

("spirit possession" AND "dissociative identity disorder") OR ("spirit possession" AND "dissociative disorders") OR ("spirit possession" AND "conversion disorder") OR ("spirit possession" AND "hysteria") OR ("spirit possession" AND "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR ("possession" AND "dissociative identity disorder") OR ("possession" AND "dissociative disorders") OR ("possession" AND "conversion disorder") OR ("possession" AND "hysteria") OR ("possession" AND "stress disorders, post-traumatic")

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- L'article devait forcément étudier spécifiquement la question de la possession (quel que soit le format de recherche).
- L'article devait forcément lier les états de possession avec le Trouble Dissociatif de l'Identité, ou les troubles dissociatifs, ou le trouble de conversion, ou l'hystérie, ou le psycho-traumatisme.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Tout article non psychiatrique, non anthropologique ou sociologique.
- Les articles s'intéressant principalement aux états de possession considérés comme non pathologiques.
- Les articles s'intéressant principalement aux états modifiés de conscience et états de dissociation non pathologiques.
- Les articles où les états de possession n'étaient pas étudiés, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.

- Les articles où le Trouble Dissociatif de l'identité, ou les troubles dissociatifs, ou les troubles de conversion, ou l'hystérie, ou le psycho-traumatisme n'étaient pas étudiés, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.
- Les articles en d'autres langues que l'anglais et le français.

### **C) Résultats :**

J'ai ainsi obtenu un total de 126 résultats sur PubMed.

Après élimination des doublons, il restait 123 articles.

Après lecture des titres et des abstracts, j'ai pu éliminer tous les articles qui n'étaient pas en anglais ou en français, et tous ceux ne répondant pas aux critères d'inclusion ou d'exclusion :

- 22 ne concernaient pas, ou de manière trop éloignée le sujet des états de possession.
- 5 concernaient des états de transe ou de possession non pathologiques.
- 5 articles étaient des études de neurologie.
- 11 articles ne s'intéressaient pas au Trouble Dissociatif de l'Identité, ou aux troubles dissociatifs, ou aux troubles de conversion, ou à l'hystérie, ou au psycho-traumatisme, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.
- 3 articles n'étaient pas en anglais ou en français.

77 articles complets furent donc recherchés.

11 articles complets ne furent pas retrouvés sur les différentes bases de données.

Parmi les 66 articles restants, et après lecture complète :

- 5 articles ne concernaient pas, ou de manière trop éloignée le sujet des états de possession.
- 1 article était issu d'un journal religieux.
- 1 article était une étude de neurologique.
- 4 articles s'intéressaient à des cas de possession culturellement admis « non pathologiques ».
- 2 articles ne s'intéressaient pas au Trouble Dissociatif de l'Identité, ou aux troubles dissociatifs, ou aux troubles de conversion, ou à l'hystérie, ou au psycho-traumatisme, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.

53 Articles purent donc être étudiés pour cette première partie de la revue de littérature.

## D) Analyse :

### 1/ Trouble dissociatif de l'identité à forme de possession : une entité diagnostique à la littérature ténue et remise en cause

- *Un faible niveau de preuve*

Bien que les états de possession soient désormais classés dans la catégorie diagnostique des Troubles Dissociatifs de l'Identité (TDI), il existe très peu d'articles s'intéressant spécifiquement au lien reliant ces deux entités.

Un article (18) comparait trois échantillons de population: des groupes de patients issus de différentes études diagnostiqués comme souffrant TDI aux États-Unis et au Canada sur une période allant de 1991 à 2010 (N=303), un groupe de patients ambulatoires de Shanghai (qui devaient, pour être inclus dans l'étude, présenter un ou plusieurs symptômes de premier rang de Schneider à propos de la schizophrénie, ou des antécédents de violences physiques ou sexuelles dans l'enfance - N=304), et enfin un échantillon de la population générale de Winnipeg, au Canada (N=502). Tous les patients ont été interrogés avec l'échelle DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) pour évaluer la présence de troubles dissociatifs.

Cet article affirmait en résultat que les patients atteints de TDI présentaient de manière significative un plus haut taux d'expériences de possession que les deux autres échantillons. Néanmoins, cette étude présentait des biais méthodologiques notables, principalement sur la sélection des groupes, qui posaient question sur leur validité interne par des critères de sélections douteux, mais aussi sur leur comparabilité :

- Faire un groupe unique de patients atteints de TDI à partir de plusieurs études, étalées sur deux décennies, en des lieux, contextes et objets de recherche différents posait nécessairement question sur la représentativité, la cohérence interne et la comparabilité de ce groupe.
- Comparer ces patients avec des patients ambulatoires de Shanghai, dont les choix des critères de sélection n'étaient pas expliqués était un autre biais de sélection. Pourquoi comparer un échantillon de patients américains et canadiens avec des patients chinois ? Pourquoi avoir choisi des individus avec des symptômes de Schneider de premier rang, ou ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles durant l'enfance ? Aucune justification n'était apportée à ce choix durant l'étude. Il en allait de même pour l'échantillon de la population générale à Winnipeg au Canada.

L'étude reconnaissait d'ailleurs d'elle-même ses faiblesses en se qualifiant de « préliminaire » et « exploratoire » de nature, car « les échantillons n'étaient en aucun cas appariés ».

On ne pouvait donc raisonnablement tirer aucune conclusion de cette recherche, si ce n'est qu'elle suggérait que les expériences de possession auraient une fréquence non négligeable chez les patients atteints de TDI (40,9% auraient vécu des expériences de possession type démoniaque, 36,3% par d'autres forces, 19,5% par une personne vivante, et 14,9% par une personne décédée). Ces proportions n'étaient ni détaillées, ni expliquées plus en avant dans l'étude. Par exemple : parmi ces patients, quel pourcentage aurait vécu plus d'un type d'expérience de possession ? L'étude ne

répondait pas à cette question, ce qui rend ces données très difficilement exploitables. Enfin, les auteurs eux-mêmes admettaient en discussion que :

« Les découvertes de cette étude n'apportent pas de preuve concluante que les états de possession devraient être incorporés dans le TDI, comme il l'a été proposé pour le DSM-V. »

Un autre article (19) revenait sur l'histoire du TDI en Allemagne en étudiant un cas clinique publié en 1834 par Kerner (« l'histoire de la fille d'Orlach »).

Cette étude, bien qu'intéressante d'un point de vue historique, ne présentait guère de validité scientifique, non seulement parce qu'il s'agissait de l'étude d'un cas clinique, mais aussi de par la grande ancienneté du cas.

Castillo (9) ré-analysait des cas de possession en Asie du Sud Est, initialement diagnostiqués comme étant des cas de conversion hystérique, sous la grille de lecture de la théorie de la dissociation. Il s'agissait des cas de possession de Daya en Inde (Freed et Freed, 1964), de Somavati au Sri Lanka (Obeyesekere, 1977), et de cas culturellement admis au Sri Lanka par les démons Kalu Kumara et Mahasona (ne présentant donc pas, à proprement parler de caractère pathologique).

Néanmoins, Castillo ne posait la question du TDI (nommé à l'époque trouble de la personnalité multiple) qu'en fin d'article. Bien qu'étant un fervent défenseur de la théorie de la dissociation, il concluait que, selon lui, dans les cas de possession en Asie du Sud-Est, et notamment en Inde, la catégorie diagnostique des troubles de la personnalité multiple ne pouvait pas être appliquée aux cas de possession fréquemment rapportés. Selon lui :

« Les modèles d'expériences subjectives et les idiomes de détresse ne répondent pas aux catégories cognitives américaines. »

C'était ce qui expliquait pour lui « l'extrême rareté » du diagnostic de trouble de la personnalité multiple en Inde, dont le premier cas rapporté historiquement ne remontait qu'à 1981. D'après une étude de la même année (20) portant sur ce premier cas, cette quasi-absence du diagnostic pouvait avoir quatre raisons principales :

- Une faible prévalence du trouble de la personnalité multiple en Inde.
- Ce phénomène aurait pu ne pas être considéré comme pathologique par la population et n'aurait donc pas entraîné de recherche de soins psychiatriques.
- Ces patients éventuels seraient plus facilement allés à la rencontre de praticiens des médecines traditionnelles.
- Les patients allant voir des psychiatres auraient été plus facilement diagnostiqués comme souffrant d'autres troubles, allant de l'hystérie aux troubles dissociatifs atypiques.

Des idées particulièrement intéressantes se dégagent de cela. Premièrement, on sent poindre la nécessité de prendre en compte la culture pour poser un diagnostic, non seulement à l'échelle des populations, mais aussi à l'échelle psychiatrique. En effet, selon la culture et les courants psychiatriques en vigueur, un même tableau clinique peut donner lieu à diverses représentations, lectures, relectures, et entités diagnostiques. On voit ici que les patients souffrant d'états de possession semblent s'inscrire parfaitement dans ces questionnements.

Castillo montrait aussi du doigt une différence phénoménologique fondamentale. En effet, dans une culture occidentale, l'identité est distincte de son environnement, elle existe indépendamment de celui-ci. Si une nouvelle personnalité (ou alter ego), devait se manifester elle ne pourrait donc qu'émerger de l'identité pré-existante, sous la forme d'une nouvelle personnalité, d'un nouveau rôle. Cela dit, cette vision de l'identité est ethnocentrée et ne correspond pas à d'autres cultures, notamment hindou, où l'humain est par nature considéré comme « poreux », en relation fluide et transactionnelle

avec son environnement. En opposition à la vision occidentale de l'identité, Mariot en 1976 parlait de l'identité hindou comme étant « dividualle », c'est-à-dire composée de « dividuals » évolutifs, en relations étroites, et se mêlant ponctuellement les uns avec les autres. Ainsi, l'idée que des esprits puissent établir des connexions avec quelqu'un, rentrer et sortir d'une personne ne serait pas en opposition avec la conception culturelle hindou de l'identité.

La vision occidentale du trouble de la personnalité multiple reposerait donc sur l'idée d'une personnalité individuelle divisée, « dividualisée », dont émergeraient des courants différents qu'il conviendrait alors de « réunir » par la thérapie, dans le but de rétablir « l'individualité ». Mais dans une culture où les personnalités sont d'ores et déjà vues comme dividualles par essence, l'objectif thérapeutique ne peut être de rétablir une individualité, dans sa définition occidentale. Dans le cadre de la possession et des médecines traditionnelles, la nouvelle personnalité « s'introduit » et il faudrait donc tenter de la faire sortir, de l'exorciser, pour restaurer l'équilibre d'une « dividualité » mise en péril.

On peut donc imaginer sans peine le désarroi d'un patient confronté à un modèle dans lequel on lui proposerait d'intégrer ce qu'il souhaiterait à tout prix faire sortir.

Ce concept de dividualité est essentiel à la compréhension du phénomène de possession dans des cultures non occidentales, et sera développé en aval avec l'étude d'un temple Hindou (21).

Toujours en Inde, une étude de 1989 (22) faisait état de la grande rareté du diagnostic de trouble de la personnalité multiple dans le pays. D'après les auteurs, cela pouvait s'expliquer par des différences dans les habitudes de diagnostics psychiatriques entre l'Inde et l'Occident. L'Inde présentait en effet dans sa nosologie un « syndrome de possession ». Les auteurs suggéraient que ce syndrome possédait une étiologie dissociative parallèle au trouble de la personnalité multiple occidental, mais avec une présentation clinique autre, due à des cultures elles-mêmes très différentes.

Un article de 2010 (23) a étudié 10 individus visitant l'exorciste du diocèse de Rome, et présentant des états de possession. Les auteurs ont fait passer aux sujets des tests de Rorschach et le test DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule). Aucun de ces individus n'était alors suivi sur le plan psychiatrique, néanmoins ils n'étaient pas pour autant étrangers à la discipline : 2 individus avaient été précédemment diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie, et 5 avaient reçu des traitements pour des épisodes dépressifs récurrents.

La plupart des patients présentaient des éléments cliniques de TDI avec un score moyen de 9.3 au DDIS. Néanmoins, 4 individus sur les 10 n'atteignaient pas les scores de 8 ou 9 (scores moyens dans le cadre du TDI), l'un étant même présenté comme « quasi-asymptomatique ».

Cette étude, bien que ne présentant pas un poids statistique suffisant pour tirer des conclusions, amenait des points de réflexion intéressants :

- Un lien entre le TDI et les états de possession.
- Les individus concernés par l'étude n'étaient pas exempts d'un passé psychiatrique, et certains avaient été diagnostiqués comme souffrant d'autres pathologies dans le passé. Cela posait à nouveau la question des états de possession dans les autres maladies psychiatriques.
- Aucun individu ne rapportait de passé traumatique, et notamment d'abus sexuels durant l'enfance, point largement associé en théorie au trouble dissociatif de l'identité.
- Sur le plan thérapeutique, tous les individus à l'étude rapportaient un sentiment d'efficacité psychologique dans le rituel d'exorcisme.

Un article de 2014 venant de Tunisie (24) prenait le parti intéressant d'étudier un échantillon de la population générale des femmes Tunisiennes (628 personnes) et d'évaluer la prévalence des expériences vécues de possession ou d'événements paranormaux. 13 femmes (soit 2.1%)

rapportèrent des expériences de possession, et 7 femmes (soit 1.1%) testées avec le test DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) présentaient les éléments diagnostiques d'un TDI d'après le DSM-IV (6). Parmi les 7 cas de TDI, deux femmes rapportaient des expériences de possession. Parmi les 13 femmes rapportant des expériences de possession : 2 furent diagnostiquées comme souffrant d'un TDI, 7 d'un trouble dissociatif non spécifié, 2 d'un trouble de dépersonnalisation, 1 d'une fugue dissociative, et enfin 1 ne présentait pas de trouble dissociatif identifiable. Là encore, le faible nombre de cas rapportés de possession ne permettait pas d'affirmation en termes d'association statistique, mais suggérait un lien entre trouble dissociatif et états de possession.

Néanmoins, seulement deux des 12 cas de possession en lien avec un trouble dissociatif de l'époque furent diagnostiqués comme souffrant d'un TDI. Cela pouvait s'expliquer par la présence du diagnostic des états de possession dans la catégorie des états de transe dissociative (elle-même sous-catégorie des troubles dissociatifs non spécifiés) dans le DSM-IV (6). Cela dit, cela signifiait aussi que les critères diagnostiques du TDI dans le DSM-IV (6) ne correspondaient pas aux symptômes décrits par 10 de ces femmes. Cela interrogeait encore une fois sur le déplacement du diagnostic des états de possession vers le TDI.

Une étude préliminaire de 2013 en Amérique du Nord (25) s'était intéressée de son côté à 100 patients issus d'un programme dédié au psycho-traumatisme. Les auteurs avaient fait passer à ces patients les tests DES (Dissociative Experiences Scale), DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) et enfin DTDIS (Dissociative Trance Disorder Interview Schedule, une échelle créée spécialement pour l'étude, étudiant de manière spécifique les expériences de possession et les syndromes liés à la culture).

Pour le test DDIS : 18 personnes répondaient « oui » à la question de la possession par un démon, 8 par une personne décédée, 7 par une personne vivante et 16 par d'autres forces. 46% répondaient positivement à la catégorie diagnostique du TDI. Il est à noter que 96% étaient positifs pour la catégorie épisode dépressif majeur, 24% pour les troubles somatoformes, 61% pour des troubles addictifs, 72% pour les critères du trouble de la personnalité borderline, 61% pour l'amnésie dissociative, 15% pour les fugues dissociatives, 45% pour les troubles de la dépersonnalisation, 11% pour des troubles dissociatifs non spécifiés. Au total, 73% des patients présentaient des critères de troubles dissociatifs, quels qu'ils soient sur le test DDIS.

Cela correspondait aux résultats trouvés par le test DES où 78% des participants présentaient des troubles dissociatifs.

Le test DTDIS ne retrouvait qu'un seul patient pouvant être concerné par le diagnostic des états de transe dissociative (DSM-IV (6)), et aucun à sous type de possession. En revanche, on retrouvait beaucoup de syndromes propres à la culture (DSM-IV (6)) : 11 Latah, 11 Amok, 26 Bebainan, et 3 Pibloktoq. Ces résultats surprenants pouvaient s'expliquer, selon les auteurs, de trois manières différentes :

- Un faible taux de trances dissociatives dans la population (ce qui tendrait à exclure le rapprochement entre état de transe dissociative et TDI).
- Une inefficacité du DTDIS à détecter les états de transe dissociative (faux négatifs nombreux).
- Les critères du DSM-IV (6) pour les états de transe dissociative n'étaient pas valides.

Cette étude, bien que préliminaire là encore, semblait révélatrice de plusieurs faits. Le premier, et comme nous le développerons plus tard, était le lien probable entre psycho-traumatisme, troubles dissociatifs et états de possession.

Le deuxième était la grande variabilité des troubles dissociatifs au sein même de l'échantillon, ainsi que la présence d'autres pathologies comorbides, tels que les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles de la personnalité borderline ou les troubles liés à l'usage d'une substance. Il semblait donc

difficile de tisser un lien direct entre TDI et état de possession, le risque de biais d'association semblant trop important étant donné le nombre de comorbidités.

Enfin, le DTDIS venait questionner la validité diagnostique des états de transe dissociative dans le DSM-IV (6), et ce malgré les nombreux états de possession rapportés par les patients et malgré les nombreux diagnostics propres à la culture retrouvés. Il était aussi possible que le DTDIS soit un test peu valide scientifiquement, car créé spécifiquement pour cette étude et ne bénéficiant pas du recul nécessaire à une interprétation solide.

Une étude de 2015 (26) menée en Israël comparait un échantillon de 68 personnes atteintes de dépendance aux opiacés, un échantillon de 80 femmes victimes de violences conjugales et un échantillon de la population générale de 103 personnes. Pour cela, les auteurs avaient fait passer aux participants les échelles suscitées : DES, DTDIS et DDIS. Le choix de ces populations avait été fait en suivant l'idée que les femmes victimes de violences conjugales et les personnes dépendantes aux opiacés étaient plus à risque de présenter des psycho-traumatismes ou des abus durant l'enfance. Le but de cette étude était de comparer dans ces populations la fréquence des expériences de possession, des états de transe dissociative, et des troubles dissociatifs de manière générale.

L'étude retrouvait effectivement des pourcentages de passé traumatique bien plus élevés chez les femmes battues et les personnes dépendantes aux opiacés que dans la population générale (77,5 % et 60,3 % contre 1,9 %), et le score moyen sur le DES était là encore bien plus élevé dans ces deux groupes que dans la population générale (32,5 pour les femmes victimes de violences conjugales, 18,2 pour les utilisateurs d'opiacés et 7,2 pour la population générale). 91 % des femmes victimes de violences conjugales souffraient de troubles dissociatifs, contre 40 % chez les patients dépendants aux opiacés et 20,8 % tout de même dans la population générale.

De plus, 34 % des femmes victimes de violences conjugales et 34 % des personnes dépendantes aux opiacés rapportaient avoir vécu des expériences de possession, contre 2 % dans la population générale. Malgré cela, seulement 2,5 % des femmes victimes de violences conjugales et 1,5 % des personnes dépendantes aux opiacés furent diagnostiquées comme souffrant d'un TDI.

Ainsi, si cette étude montrait effectivement une association statistique entre psycho-traumatisme, troubles dissociatifs, et états de possession, mais il était impossible d'y voir une association forte entre état de possession et TDI.

Enfin, un article de 2020 (27) revenait sur le développement de la théorie de la personnalité multiple au Japon, en s'appuyant sur les travaux de Nakamura et du cas de « Saka » en 1917. Saka fut effectivement diagnostiquée comme souffrant de personnalité multiple par Nakamura, alors qu'elle révéla sous hypnose une seconde personnalité (un homme nommé Hisasei). Cet article s'intéressait à la question de l'état de possession et du TDI sous un autre angle : celui du conflit entre la tradition et la science. En effet, Nakamura, en s'appuyant sur le cas de « Saka » se montra extrêmement critique vis à vis d'un des courants religieux les plus répandus alors : l'Ōmotokyō. En effet, cette religion considérait les états de possession comme admis via le rituel chinkon kishin. En parlant d'un des pratiquants de cette religion, les auteurs expliquaient le jugement de Nakamura :

« Il nota sarcastiquement ses espoirs originels de découvrir chez le patient un maître religieux possédé par des esprits divins, et partagea sa déception quand il découvrit qu'il n'était seulement qu'un patient mentalement malade souffrant d'une altération de la personnalité. »

Si cet article était intéressant pour son apport historique et pour l'opposition de pensée parfois rude entre les traditions et les sciences, il n'apportait pas en revanche la preuve d'une association entre TDI et états de possession.

Au total, il n'existait donc que très peu d'articles qui cherchaient à évaluer cliniquement l'association du TDI et des états de possession. Aucun d'eux n'apportait de preuve significative quant à la nécessité de lier les états de possession à la catégorie diagnostique du TDI dans le DSM-V (1). Ce faible nombre d'études peut s'expliquer de différentes manières. Certains auteurs (28) suggéraient qu'il est difficile de regrouper sous la bannière d'un seul diagnostic un ensemble d'expériences extrêmement multiples et variées à travers le monde. Qui plus est, on peut aussi noter que si la question de la possession est transculturelle par nature, elle vient aussi confronter la culture psychiatrique en elle-même qui, de par ses différents langages, ses différentes théories et approches, considère cette question sous des angles de vue souvent différents. Enfin, il faut noter que cette classification n'est pas l'objet d'un consensus scientifique, et que plusieurs articles avaient pour objet de l'étudier plus en détail, afin d'y apporter un raisonnement critique, et cela dès le DSM-III (21) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35).

## °° Une classification diagnostique critiquée

Ainsi, le faible nombre d'études ou de cas de troubles dissociatifs de l'identité sous forme d'états de possession peut s'expliquer par le simple fait que pour rapporter ces cas, il faut d'abord la connaissance du thérapeute d'une telle entité diagnostique, ce que l'on pourrait appeler le biais culturel diagnostique des cliniciens. Une étude de cas (36) de deux patients souffrant de TDI en Corée partageait ce constat, en avançant que ce diagnostic était rarement posé en comparaison avec les « troubles de possession » en Asie.

Une étude menée en Ouganda en 2005 (29) interrogeait déjà la validité des états dissociatifs du DSM-V (1) et avait organisé des groupes de paroles avec des étudiants en médecine, des infirmières, des praticiens des médecines traditionnelles, des conseillers, des leaders religieux, et des membres de la communauté. Quand ces différents groupes furent interrogés sur une vignette clinique du DSM-IV (6) correspondant au Trouble Dissociatif de l'Identité, aucun groupe ne le reconnut comme tel. La plupart y voyaient des exemples de possessions, considérés comme très communs. Même les praticiens de la santé y virent l'expression d'un stress ou d'un psycho-traumatisme, mais pas d'un TDI. C'est d'ailleurs la seule catégorie parmi les troubles dissociatifs qui fut considérée comme non pertinente par rapport à ce pays dans cette étude.

Qui plus est, l'état de possession est, comme nous l'avons vu, un diagnostic « mouvant », dont l'intégration récente dans le DSM-V (1) dans la catégorie des TDI peut expliquer le peu de recherches sur cette association, les états de possession ayant été auparavant classés dans les états de transe dissociative. Pourtant, à mon sens, cela questionne d'autant plus : pourquoi déplacer les états de possession dans la catégorie des TDI quand si peu de preuves ou d'articles en faisaient état de la nécessité ? Existait-il des données suggérant que les états de possession ne s'intégraient pas dans les états de transe dissociative ?

Une étude (11) par revue de littérature s'était intéressée spécifiquement aux états de transe dissociative entre 1988 et 2010 à l'échelle mondiale. Les auteurs avaient retrouvé 28 articles sur le sujet pour un total de 402 cas, dont seulement 325 étaient évaluables, et parmi lesquels 69% disaient souffrir de possession (soit 226 patients). C'est à dire qu'en 22 ans, à l'échelle de la planète, cet état n'avait été étudié que sur 226 patients. C'était, à ma connaissance, la seule revue de littérature portant sur le sujet précis des états de transe dissociative.

Les auteurs recensaient différents cadres étiologiques utilisés parmi toutes ces études pour rendre compte des états de transe dissociative :

□ Les « stressseurs psychologiques » dans 69 % des cas : décès d'un proche, deuil pathologique, conflits culturels ou religieux, difficultés économiques ou sociales, tabous et sexualité, engagements futurs et mariages, sentiment de culpabilité...). On pourrait en somme regrouper cette catégorie dans les troubles de l'adaptation.

□ La théorie traumatique dans 18 % des cas : abus sexuels ou violences subies durant l'enfance, guerre, suicide d'un proche.

□ Pathologies psychiatriques sous-jacentes telles que des troubles psychotiques ou des troubles de la personnalité autres que le trouble de la personnalité de type histrionique dans 18 % des cas.

□ Des facteurs culturels (comportements culturellement appris, stéréotypés) dans 64 % des cas.

□ La théorie de la communication dans 25 % des cas, utilisée par les populations opprimées pour exprimer des besoins non reconnus.

□ La théorie de la dissociation, qui considère la dissociation comme le phénomène central, dans 18 % des cas.

□ La théorie de l'hystérie dans 25 % des cas, impliquant une personnalité histrionique et des conflits œdipiens non résolus.

□ Des difficultés en lien avec l'acculturation dans 14 % des cas, concernant les personnes migrant d'un pays à un autre ou même d'une région à une autre, ou encore confrontés à des changements brutaux de modèles politiques ou religieux.

On voyait donc que les cadres étiologiques avancés par les professionnels de santé étaient nombreux face à la question de la possession, et ne se limitaient pas du tout à la seule théorie de la dissociation. A propos de la volonté d'inclure l'état de possession dans les TDI dans le DSM-V (1), les auteurs de cette étude concluaient :

« D'après nos résultats et analyses, il nous semble nécessaire de créer une catégorie diagnostique discrète à la fois pour les états de transe dissociative et les états de possession dissociative. En effet, d'un point de vue phénoménologique, les TDI et les états de possessions sont deux troubles différents, qui pourraient nécessiter des traitements différents ».

Une étude de 2015 (30) s'intéressait ainsi au cas clinique d'un leader religieux d'une religion Afro-Brésilienne en questionnant la capacité du DSM-V (1) à différencier les états de possession non-pathologiques du TDI. En effet, comment différencier un état de possession non-pathologique d'un TDI dans une population où l'état de possession est culturellement admis, sachant que le critère D du diagnostic DSM stipule que « la perturbation n'est pas une composante normale d'une culture ou de pratiques religieuses » ? L'étude critiquait aussi la non-reconnaissance du caractère parfois évolutif dans le temps des états de possession, pouvant évoluer d'un état incontrôlable et involontaire à un état volontaire et contrôlé, par l'expérience et l'entraînement.

Pour appuyer sa réflexion, l'étude exposait le cas clinique d'une médium de 55 ans, une figure religieuse de la religion Umbanda à Rio de Janeiro. Cette médium était très reconnue et respectée pour « la qualité de ses trances » et son « grand talent pour être possédée », fournissant de nombreux conseils et traitements à sa communauté. La religion Umbanda est une religion où la possession et la transe sont culturellement admises. Néanmoins, cette personne (renommée Dona Sara pour les besoins de l'étude) n'avait rejoint cette communauté qu'aux alentours de ses 30 ans. Elle décrivait pourtant que ses expériences de trances et de possessions avaient commencé bien plus tôt, vers ses 7 ans. Elle présentait alors des « intuitions, prémonitions, et des états de transe...

Comme quelqu'un d'autre dans mon corps ». Elle n'avait pas de soutien ou de guidance par sa famille ou sa communauté religieuse, et son trouble évolua douloureusement à l'adolescence, avec des grandes angoisses et la peur d'être considérée comme folle par son entourage. En effet, sa famille était catholique et lui interdisait de parler de ces expériences. Elle fût envoyée dans une école religieuse, entourée de religieuses ne lui apportant pas plus de soutien. Par deux fois jusqu'à ses treize ans, sa famille dû faire appel à des soigneurs traditionnels (dont un de la religion Candomblé) alors qu'elle était en état de possession, dépassée par la situation.

De ses 13 ans à ses 26 ans elle apprit à cacher ces états à son entourage, puis finit par aller chercher de l'aide auprès d'un soigneur traditionnel Umbanda. Durant les trois années qui suivirent, elle apprit à maîtriser ces possessions, et devint un membre respecté de sa communauté. Elle affirmait au moment de l'étude que ces états de possession lui apportaient paix et tranquillité.

On pouvait donc distinguer l'expérience de possession de Dona Sara en deux grandes catégories : de son enfance jusqu'à ses 26 ans, elle présentait les cinq critères diagnostics de TDI dans le DSM-V (1). Puis, à partir de son inclusion dans la communauté Umbanda, elle ne présentait plus que 3 de ces critères, ayant appris à contrôler l'émergence de ces états de possession. Cela enlevait donc les critères de détresse et d'acceptabilité culturelle de sa présentation clinique. Dans le cas de cette patiente, peut-on véritablement parler de TDI ?

On pourrait penser que Dona Sara a souffert d'un TDI durant la première partie de sa vie, et que l'intégration dans une communauté acceptant ses états de possession a permis de lever l'état de détresse qui y était lié, agissant ainsi d'une manière thérapeutique.

Pourtant, nous avons ici un cas particulier où ce qui aurait pu être diagnostiqué comme un état pathologique est devenu une "capacité" avec le temps, l'entraînement, et un entourage bienveillant. Les auteurs de cet article suggéraient donc en conclusion que Dona Sara n'avait jamais souffert d'un TDI, mais d'une capacité à la dissociation et aux expériences spirituelles mal vécue en début de vie, cela étant dû à un environnement social et culturel lui empêchant de trouver du sens et de contrôler ces états.

Dans ce contexte, on peut se demander ce que le diagnostic de TDI aurait pu apporter à la patiente en termes d'amélioration de son état clinique : cataloguée comme souffrant d'une pathologie psychiatrique, avec l'exclusion sociale que cela sous-tend, face à des cliniciens ne disposant pas d'outils thérapeutiques pour lui apprendre à maîtriser ses états de possession.

Cela faisait le lien avec une étude de 2017 (21) critiquant une médicalisation jugée excessive de la possession par le DSM-V (1), l'accusant de réduire le phénomène à une vision binaire : soit la possession est culturellement acceptable, soit elle est pathologique. Cet article se basait sur une étude ethnographique menée au sud de l'Inde dans un temple Hindou, de 2012 à 2014. Ce temple vénérait une divinité (Devi), dont l'un des tombeaux était réputé comme lui octroyant des pouvoirs de guérison dans les cas de possession. Ce temple était donc communément considéré comme un lieu de soin pour les personnes souffrant de ces états.

La première grande critique apportée par cette étude se faisait sur la définition même du concept de l'identité. Les auteurs revenaient sur le concept de dividualité introduit par Marriott en 1976 :

« Il apparaît que les personnes sont considérées en Asie du Sud Est comme dividuelles ou divisibles. Pour exister, ces personnes absorbent des matériaux d'influences hétérogènes. Ils doivent aussi donner d'eux-même des particules de leur propre substance. »

Ce concept était élargi par celui du self "poreux" comparé au self "tamponné", décrit par Taylor en 2014, dont voici une traduction :

« Voici le contraste entre le self moderne, délimité et tamponné, et le self poreux du monde ancien et enchanté. En tant que personnalité délimitée, je peux voir les frontières [de ma personnalité] comme tamponnées, et les choses venant d'au-delà n'ont pas la possibilité de passer par moi[...] Le self poreux est vulnérable : aux esprits, aux démons, aux forces cosmiques. Et avec cette vulnérabilité viennent des peurs qui peuvent se saisir de la personne dans certaines circonstances. Le self tamponné a sorti de son monde ce genre de peur. Ainsi, la frontière entre les agents et les forces est floue dans le monde enchanté, et la frontière entre le monde et l'esprit est poreuse [...] La porosité de cette frontière émerge ici sous la forme de différentes possessions – allant d'une prise de contrôle totale de la personne, comme pour un médium, à différents types de domination ou de fusion partielle avec un esprit ou un Dieu. »

Même si cette définition souffrait d'une vision ethnocentrée opposant un monde "moderne" à un monde "ancien" et "enchanté", elle était très utile pour comprendre les différences phénoménologiques opposant les états de possession au TDI. Les auteurs soulignaient, de plus, le fait qu'il était possible de vivre à la fois dans le monde moderne et dans le monde enchanté, sans que cela ne rentre forcément en contradiction. Ils citaient ainsi en exemple certains patients du temple qui avaient fait des prises de sang avant de venir, dans l'idée qu'un esprit venant de l'extérieur affecterait aussi certainement le corps de la personne, et que cela se retrouverait sur des examens sanguins. Il y avait alors une prise en charge médicale "moderne" des problèmes sanguins, et en parallèle une prise en charge "traditionnelle". On retrouvait ainsi l'idée non pas d'une opposition, mais d'une prise en charge parallèle et complémentaire d'une souffrance, évoquant sans le citer le complémentarisme de Devereux. On voyait aussi une illustration de la porosité du self, où des forces extérieures, pouvaient influencer jusqu'au sang de la personne. D'autres exemples donnés de cette porosité, et retrouvés dans le temple, étaient les fréquents transferts de possession d'une personne à

une autre, parfois volontaire, notamment quand la personne initialement possédée était trop fragile (comme une personne âgée, malade, un enfant). On peut alors penser aux fameuses possessions de Loudun de 1632 à 1638, s'étant soldées sur le transfert de la possession de Jeanne des Anges vers le père Surin. Et il est difficile de ne pas y voir une résurgence dans notre mythologie "moderne" et cinématographique avec le film "l'exorciste" de 1973 (37), dont l'une des scènes finales montre le transfert dramatique de la possession d'un enfant vers le prêtre censé l'exorciser. Cet exemple est loin d'être anecdotique, quand on sait que deux des articles de cette revue de littérature (38) (39) traitaient de « névroses cinématographiques » avec des cas de possession ayant suivi le visionnage de ce film. Cela démontrait à nouveau le pouvoir de la culture sur les représentations autour d'un trouble, y compris en Occident, et notamment par le biais du cinéma.

Le cas du sang "contaminé", résultant de l'entremêlement entre la personnalité et les esprits faisait aussi état de la multiplicité des états de possession pouvant se manifester par différents symptômes somatiques, des douleurs corporelles, des changements de personnalité ou de comportement non mentionnés ou détaillés dans le DSM-V (1).

De plus, le DSM-V (1) insistait sur l'importance de l'amnésie dissociative (critère B) dans le TDI. Cela allait à l'encontre des observations menées dans le temple, où beaucoup d'individus se rappelaient des événements se déroulant pendant l'état de possession, car le self était reconnu comme distinct de l'esprit qui prenait possession. Or, comme nous l'avons vu dans de la théorie classique de la dissociation, chaque alter-ego posséderait son propre "courant" autonome de pensées, d'émotions, de comportements et de mémoire, ce qui serait à l'origine des épisodes d'amnésies retrouvés lors du basculement sur un autre courant de personnalité. Les auteurs argumentaient donc que le DSM-V (1) échouait à reconnaître la possibilité que la possession se situe en dehors du concept de division d'une personnalité individuelle.

Une autre critique apportée à la classification diagnostique de la possession était celle portant sur l'acceptabilité culturelle. En effet, le critère D du DSM-V (1) stipule que la "perturbation n'est pas une composante normale et acceptable d'une culture ou d'une religion". Le critère C, de son côté, explique que "les symptômes s'accompagnent d'une détresse cliniquement significative". Ainsi, pour souffrir d'un état possession reconnu par le DSM-V (1), il faudrait donc que le trouble entraîne une détresse significative, non intégrée pas dans la culture ou la religion de l'individu. Une première problématique était soulevée par les auteurs : en effet, la distinction entre une possession "acceptable" et "anormale" (nécessitant donc un traitement spirituel dans le temple) nécessitait une première phase diagnostique complexe pour déterminer quels étaient le ou les esprit(s) incriminé(s) dans l'état de possession. Dans l'attente de ce diagnostic la nature de la possession ne pouvait être établie. Les auteurs citaient l'exemple d'une patiente du temple disant être possédée par 999 esprits. Or, la majorité de ces esprits étaient bien intentionnés et envoyés pour la protéger, mais certains autres avaient pour vocation de la tuer. Selon le moment et l'entité qui prenait possession d'elle, cette patiente pouvait donc s'intégrer dans un tableau de possession "acceptable" comme "pathologique", et la frontière entre les deux était particulièrement floue. Les auteurs parlaient donc d'une ambiguïté, parfois d'une ambivalence, d'une fluidité et d'une multiplicité des états de possession, non reconnues par le DSM-V (1), qui imposerait une vision binaire de la problématique : pathologique contre culturellement acceptable.

Cet article peut aussi nous faire raisonner sur la question de la définition même de l'acceptabilité culturelle : on voit ici que certaines possessions étaient considérées comme problématiques, anormales et nécessitant un traitement. On pourrait donc penser qu'elles ne rentraient pas dans le cadre culturel "normal et acceptable" décrit par le DSM-V (1). Pour autant, elles étaient reconnues par des figures d'autorité spirituelle et s'inscrivaient dans une tradition et dans un cadre culturel précis, où elles étaient acceptées comme existantes. Comment dès lors peut-on faire la différence entre ce qui est culturellement "acceptable" et ce qui ne l'est pas ?

Cette question était reprise par un article de 2015 (31) s'intéressant à la signification épistémologique de l'intégration de la possession dans le DSM. Au sujet du DSM-V (1), les auteurs écrivaient ainsi :

« L'entrée du trouble dissociatif de l'identité de forme possession dans le DSM-V instruit les praticiens à identifier une forme naturaliste du trouble existant en dehors d'un contenu culturel normatif, comme si une telle différenciation était possible [...] Et demande au praticien l'impossible tâche de différencier les expériences culturelles ou non culturelles liées aux esprits. »

Enfin, le dernier argument avancé par l'étude portant sur le temple de Devi (21) reposait sur l'observation dans ce lieu de culte de cas de possession sans manifestations notables. Au contraire des comportements typiques décrits dans le DSM-V (1), certains états de possession ne se manifestaient que par de discrets changements de comportements, comme "devenir silencieux", "manger moins"...

Il convient, pour faire le lien avec cette étude passionnante, de parler d'un article de 2016 (40) qui s'intéressait à l'histoire commune entre la "personnalité multiple" et les états de possession. Cette étude revenait sur une période charnière de la psychologie "moderne", à savoir la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle. Cet article illustre à merveille le passage du monde "enchanté" au monde "moderne", tel que la société occidentale avait pu le vivre, sur les conséquences que cela avait pu avoir sur la conception même de l'identité et, plus généralement, de l'âme.

Les auteurs racontaient comment les théoriciens de l'époque se retrouvaient face à des concepts profondément remis en cause par les avancées scientifiques post-darwiniennes, qui avaient permis l'émergence du concept de personnalité multiple. En effet, le fait de replacer l'humain dans le contexte de l'évolution animale avait permis le développement d'une neuroanatomie et d'une psychologie dite "matérialiste". Or, si il existait une continuité entre l'évolution de l'Homme et des autres animaux, pouvait-on penser alors que l'esprit n'était qu'un épiphénomène de la matière ?

De là naquirent des théories autour de la dualité corps/esprit que décrira ainsi McDougall en 1907 :

- Dans la première théorie, ce que nous appelons esprit n'est que la résultante de modifications neurologiques physiologiques, influencées notamment par l'expérience et la mémoire.
- Dans la deuxième théorie, l'esprit assimile les informations du système nerveux mais est indépendant de celui-ci, fait de sa propre matière.

Cette grande question théorique passionnera les chercheurs en psychologie et philosophes de l'époque et il est intéressant de se rendre compte que, bien que le DSM ait officiellement intégré les états de possession au TDI en 2013, la question du lien entre les deux se posait déjà au XIXe siècle.

Ainsi, William James (psychologue et philosophe), qui travailla notablement avec Morton Prince, écrivait en 1896 :

« Le concept de personnalités alternatives, la tendance du soi à se scinder, pourrait, si il y avait des influences d'esprits, leur offrir une opportunité. Nous pourrions donc avoir des médiums hystériques, et s'il y avait vraiment des démons, ils ne pourraient peut-être posséder que les hystériques. »

James devint de plus en plus convaincu de la possibilité d'influences extérieures et intrusives sur l'esprit et écrivit en 1909 :

« Le refus issu de "l'illumination moderne" à traiter la possession comme une hypothèse à évoquer comme simplement possible, en dépit d'une tradition humaine massive basée sur des éléments concrets en sa faveur, m'a toujours semblé être un curieux exemple du pouvoir de la mode sur la chose scientifique. »

James, accompagné d'autres chercheurs (Podmore, Tanner, et Sidgwick), développèrent alors une théorie psychosociale de la médiumnité, en s'intéressant notamment au cas clinique de Madame Pipers. Elle était une médium connue de leur époque, disant pouvoir entrer en communication avec les esprits, et être possédée par ceux-ci. Ils se rendirent compte durant leurs études que le contenu et la qualité des états de transe étaient largement fonction de l'auditeur, comme une sorte de construction commune, et ils s'intéressèrent donc au pouvoir de la suggestion dans ces cas. Ils se rendirent compte que certains esprits, inventés de toute pièce et suggérés en entretien, pouvaient prendre possession de Madame Pipers. Pourtant, James et ses collègues restèrent convaincus des pouvoirs de celle-ci, au point qu'elle finit presque par s'inscrire dans une relation thérapeutique avec certains observateurs (avec le parapsychologue Mr. Hodgson notamment).

Les auteurs de l'article suggéraient le même type de mécanismes suggestifs à l'œuvre pour les premières études de cas autour de la personnalité multiple. Morton Prince (un des fondateurs de la théorie de la dissociation) écrivait lui-même en 1905 :

« Ces différents états de conscience altéré pourraient, si quelqu'un le choisissait, être brouillés et éduqués en une personnalité, si une quantité suffisante de conscience persistait. »

Un des cas les plus célèbres de personnalité multiple décrit par Morton Prince fut celui de Madame Beauchamps, et de son alter-ego Sally. Pourtant, Sally fut découverte en état d'hypnose, et fut nommée comme telle non pas par la patiente, mais d'un commun accord avec son thérapeute. Cela questionnait bien évidemment sur la iatrogénicité probable de ce cas, et l'influence des convictions de Prince sur Madame Beauchamps. James le mit en garde sur la nécessité de ne pas confondre une personnalité double authentique avec "une personne qui est simplement chargée de la croyance qu'elle doit jouer le rôle d'être double".

Prince remarqua effectivement que la personnalité double de Mme Beauchamps ne s'exprimait principalement en séance qu'avec lui, là où elle était simplement décrite par son entourage comme "caractérielle".

L'article fournit d'autres exemples de cas où le diagnostic TDI semble avoir été largement influencé par le thérapeute, mais peut-être l'exemple le plus frappant est celui du témoignage d'une ancienne patiente de Prince, Grace Oliver, à qui il avait diagnostiqué une personnalité multiple sous hypnose :

« Il m'a éduqué à croire les choses qu'ils voulaient que je croie. »

Celle-ci avait été montrée à des étudiants à Harvard pour illustrer le trouble de la personnalité multiple, et garda de cette expérience un souvenir manifestement très amer :

« J'ai le sentiment que j'avais de vraies inspirations, que Morton Prince a mis de côté... Les plus belles choses de ma vie sont manquantes... S'il-vous-plaît, croyez-moi quand je dis que j'aurais dû être étudiée par un chercheur en psychologie qui aurait trouvé en moi quelques-unes des vérités spirituelles qui me sont venues. »

On peut aussi faire le lien avec les écrits de Nakamura évoqués précédemment (27) qui, eux aussi, faisaient fortement penser à des techniques de suggestion (plus ou moins conscientes) de la part d'un thérapeute cherchant à tout prix à voir sa théorie confirmée, comme le soulignaient ses journaux :

« N'est-elle pas le cas de double personnalité que je cherchais depuis des années ? »

« Pour l'expliquer de manière romantique, il me sembla que cette femme fut attirée à ma maison par le fil du destin. »

C'est ainsi qu'il décrivait sa rencontre avec Saka et son alter-ego Hisasei, lui aussi "découvert" en séance d'hypnose.

Pour revenir à l'étude de 2016 (40), Hodgson, convaincu par Madame Pipers de la véracité des théories autour de la possession, tenta des travaux "préliminaires" sur Madame Beauchamps, celle-ci se disant possédée. Ces travaux furent arrêtés à la demande de Prince, et il est probable que l'approche spirituelle convaincue de Hodgson était trop opposée à sa conception du trouble. De plus, Madame Beauchamps était l'épouse d'un psychiatre (Dr. Waterman), et il est probable que la théorie de la personnalité multiple ne lui ait pas été inconnue au moment de sa prise en charge. Le psychologue William McDougall écrivit en 1907 au sujet du cas de Madame Beauchamps que :

« Les capacités de Sally semblaient supérieures à celle dont elle était supposée émerger. Ainsi, le raisonnement selon lequel Sally serait un fragment d'un self dissocié reviendrait à dire qu'une part est supérieure à un tout. »

Enfin, il faut bien évidemment citer le Pr. Hislop (philosophe et ami d'Hodgson) qui suggéra en 1900 que "beaucoup des patients aujourd'hui enfermés dans des asiles ne sont pas fous du tout, mais simplement les récipients favoris de visiteurs d'un autre monde".

En retraçant cette époque fascinante où "possession" et "personnalité multiple" étaient toutes deux considérées comme des hypothèses plausibles, ainsi qu'en traçant des parallèles entre la suggestibilité qui lie le medium à celui qui le consulte et celle qui lie la personnalité multiple à son thérapeute, les auteurs de cette étude concluaient :

« Je soutiens que la plupart des soigneurs contemporains ne verront probablement jamais de cas de personnalité multiple car, comme la démonologie des anciens temps, elle est avant tout un artefact de conceptions théoriques datées, ainsi qu'une co-production illusoire et créative du médecin et de son patient. »

« Finalement, la question centrale concerne les moyens par lesquels les expériences personnelles sont définies, et plus largement les facteurs sociaux qui les influencent – ces choses qui établissent les frontières du monde perceptible, de la définition sociale de l'inacceptable dans la pensée et l'acte, et la vaporeuse limite entre ce qui relève de l'identité et ce qui n'en relève pas. »

D'après ces auteurs, les états de possession, tout comme les TDI, seraient la résultante d'une analyse profondément ancrée dans des contextes culturels précis, que ceux-ci soient issus d'une réflexion scientifique ou pas :

« La personnalité multiple, comme les états de possession, prend racine dans les théories psychologiques distinctives de celui qui l'interprète et la modèle, ainsi que dans les équivalents théoriques et l'ambiance entourant ceux qui en deviennent les victimes reportées. »

Enfin, et pour être exhaustif sur les critiques apportées à la classification de la possession dans le DSM-V (1), il faut aussi citer une étude venant d'Ouganda (32) étudiant la validité du diagnostic en comparant les présentations locales de possession avec les critères expérimentaux des états de transe dissociative et du TDI à forme de possession. Cette étude, bien que reconnaissant un chevauchement symptomatique entre état de transe dissociative et TDI, ne soutenait pas l'idée du passage des états de possession de l'état de transe dissociative vers le TDI. En effet, classer les états de possessions (reconnus d'après l'étude dans 360 pays) dans le TDI (reconnu dans bien moins de pays) traduisait selon les auteurs une démarche ethnocentrée. De même, classer les états de possession dans le TDI sous entendait aussi d'y classer des symptômes de conversion tels que les Crises Non Épileptiques Psychogènes, ou encore des symptômes de troubles somatoformes. Cela entraînait en contradiction avec la classification séparant les troubles conversifs et dissociatifs. De plus, les

modèles explicatifs culturels étaient mis de côté face à une grille descriptive purement médicale, là où l'état de transe dissociative permettait de s'intéresser plus en détail à la culture de l'individu. Ainsi, les auteurs avançaient que si le TDI était profondément lié à la question des traumatismes infantiles précoces, notamment au niveau sexuel, ce n'était pas nécessairement le cas des états de possession, où les modèles explicatifs seraient plus nombreux et nécessiteraient une approche sensibilisée à la culture de l'individu en question. Enfin, la question se posait de la séparation des états de transe dissociative et des états de possession dans la classification. Les auteurs suggéraient plutôt un continuum entre ces états, les premiers menant souvent aux seconds.

°°° *Conclusion :*

L'état de la littérature actuelle ne permet pas de conclure à un lien évident entre Trouble Dissociatif de l'Identité et états de possession.

On peut bien entendu retrouver des cas de patients souffrant de TDI attribués à des états de possession, qui rentreraient alors dans cette catégorie diagnostique, et certaines études préliminaires suggéraient que les patients authentiquement atteints de TDI auraient une plus grande propension à souffrir d'états de possession. Cependant, ces études souffrent de divers biais méthodologiques (que nous avons détaillés ci-dessus), et d'une force statistique bien trop faible pour pouvoir en tirer une quelconque conclusion. Les études sont, de plus, très peu comparables, tant les protocoles de recherche sont variables, rendant les résultats obtenus très peu reproductibles. Qui plus est, la classification diagnostique actuelle est loin de faire l'unanimité dans la communauté scientifique, depuis la création même du concept de personnalité multiple jusqu'à notre époque. Bien que l'objectif initial fût, je cite, "de rendre le trouble plus applicable à diverses situations culturelles" (33), de nombreuses critiques ont émergé, suggérant un ethnocentrisme dans cette nouvelle classification, venant justement gêner cette applicabilité.

Plusieurs études, en revanche, faisaient référence de manière plus nette au lien unissant les états de possession aux troubles dissociatifs en général, et notamment dans le cadre du psycho-traumatisme.

## 2/ Psycho-traumatisme et possession

### *° Les démons de la guerre :*

Étonnamment, si la littérature concernant le TDI à forme de possession était relativement peu fournie et d'une validité discutable, nous allons nous rendre compte dans ce chapitre qu'il n'en était rien pour la question du psycho-traumatisme.

Il convient de commencer cette analyse par une revue de littérature réalisée en 2015 pour le journal européen du psycho-traumatisme (41). Cette revue avait analysé au total 917 patients présentant des symptômes d'états de transe dissociative à forme de possession entre 1994 et 2013, pour un total de 21 articles, dans 14 pays à faibles et moyens revenus, et suggérait une forte corrélation entre l'exposition à des événements traumatiques et les états de possession. Il faut toutefois noter que, sur ces 21 articles, seulement 4 faisaient références de manière explicite à des patients diagnostiqués comme souffrant d'état de transe dissociative à forme de possession, ce qui confirmait à nouveau la rareté de ces entités diagnostiques.

Dans cette revue de littérature, de manière intéressante et faisant écho à notre introduction sur les théories adaptatives et/ou discursives des états de possession, les auteurs retrouvaient deux grands cadres étiologiques qui étaient mis en avant pour expliquer le trouble :

1/ Des expériences en lien avec des vécus traumatiques.

2/ Des conflits culturels et stressors psychosociaux (conflits de territoire, négligences de rituels, conflits familiaux ou maritimes, changements économiques et sociaux), s'inscrivant dans une théorie de communication (que l'on pourrait considérer comme synonyme de la théorie de la fonction discursive des états de possession).

Au total 54% des cas reportés (soit 493 cas) faisaient état d'une relation entre états de possession et des vécus traumatiques. Ces vécus pouvaient être liés à des traumatismes de guerre, des abus physiques ou sexuels dans l'enfance et à l'âge adulte, des décès et des meurtres de proches. 41 % des individus présentant des états de possession avaient vécu des traumatismes de guerre. L'étude notait d'ailleurs une plus faible proportion d'états de possession dans des zones peu marquées par la guerre par rapport à des zones qui étaient au contraire lourdement impactées. Cette étude était bien menée, et possédait une puissance statistique notable, en plus de bénéficier du niveau de preuve élevé d'une revue de littérature. Son principal défaut était le fait que la plupart des études mentionnées ne faisaient pas référence à des cas présentant un diagnostic établi d'états de transe à forme de possession (ou de TDI à forme de possession), mais de cas présentant des symptômes de ces états. Cela-dit, comme nous l'avons vu en amont, la rareté du diagnostic, de par une acceptabilité et une applicabilité limitées, peut expliquer la divergence notable entre le nombre d'états de possession rapportés et étudiés de par le monde, et le nombre de diagnostics d'états de transe à forme de possession, ou de TDI à forme de possession.

En conclusion, cet article apportait de solides arguments en faveur du fait que les états de possession, en plus d'être un phénomène d'amplitude mondiale (14 états, sur 3 continents différents étudiés dans cette revue), présenteraient une forte association avec des vécus d'expériences traumatisantes, et notamment liés aux traumatismes de guerre.

Ainsi, nous nous pencherons en premier sur les études traitant des états de possession liés aux traumatismes de guerre. Une première étude de 2016 (42) s'intéressait au phénomène dans la République Démocratique du Congo (RDC). Comme le précisaient les auteurs, la RDC a souffert de conflits armés pendant plus de deux décennies, dont résultèrent pour les civils "des expositions continues à des violences massives et aux atrocités de la guerre". Les auteurs ont donc cherché à comprendre le lien unissant le psycho-traumatisme et les troubles qui y sont liés avec les états de possession.

Les auteurs de l'étude s'étaient mis en contact avec des soigneurs traditionnels de la province du sud de Kivu en RDC, qui les avaient mis en contact avec des personnes ayant expérimenté dans leur vie des états de possession (73 au total). Plusieurs tests leur avaient été proposés :

- Un questionnaire s'intéressant aux états de possession et reprenant des éléments de la CDS-U (Checklist Dissociative Symptoms for Uganda), du SPQ-U (Spirit Possession Questionnaire-Uganda) et du CSPS (Cen Spirit Possession Scale).
  - L'exposition à des événements traumatiques et la sévérité des symptômes d'Épisode de Stress Post-Traumatique (ESPT) étudiées via, respectivement, la CTE (Checklist for Traumatic Events) et la PSS-I (PTSD Symptom Scale-Interview).
  - Un questionnaire développé pour l'étude afin d'évaluer les sentiments de honte et de culpabilité, à partir d'items du TRGI (Trauma-Related Guilt Inventory), du HARS (HIV and Abuse Related Shame Inventory) et du Shame Inventory.
  - La sévérité de symptômes dépressifs évaluée via le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).
  - 6 items concernant les déficiences dans le fonctionnement psychosocial tirés du LFS (Luo Functioning Scale).
  - 8 items concernant les plaintes somatiques des 4 dernières semaines.
  - Les éventuels symptômes psychotiques évalués par des items sélectionnés et modifiés de la section G du CIDI (Composite International Diagnostic Interview) et la BRPS (Brief Psychiatric Rating Scale) en cas de présence de symptômes psychotiques aigus.
- Cette étude était passionnante en cela qu'elle ne limitait pas son analyse au seul spectre du psycho-traumatisme.

Les résultats retrouvés étaient donc multiples. Il y avait des corrélations significatives entre les expériences de possession sur le temps de vie de l'individu et la sévérité des symptômes d'ESPT, les sentiments de honte et de culpabilité, la sévérité des symptômes dépressifs, des plaintes somatiques et la sévérité des symptômes somatiques.

Il y avait aussi des corrélations significatives entre les états actuels de possession et la sévérité des symptômes d'ESPT, les déficiences dans le fonctionnement psychosocial et les symptômes psychotiques.

D'autres résultats concernaient les croyances dans les causes des états de possession. Il en ressortait que 41% considéraient que leurs symptômes leur "avaient été envoyés", 18% les attribuaient à "mes mauvais comportements", et 7% à "la malchance et aux mauvaises circonstances". 71% des participants disaient être possédés car quelqu'un d'autre leur voulait du mal. Ainsi, l'hypothèse d'une pathologie psychiatrique ou des troubles psychologiques n'était pas mise en avant par les personnes souffrant de ces états de possession.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés étaient le remplacement de la personnalité (dans 85% des cas), les rêves étranges dans 79% des cas et des pertes de mémoire dans 74% des cas. Il est très intéressant de noter que, bien que cela ne soit pas l'objet initial de cette étude, cette symptomatologie était très proche de celle décrite dans les TDI à forme de possession. On retrouvait aussi des pertes de connaissance et des vertiges dans 45% des cas, des comportements agressifs dans 23% des cas, de la colère dans 8% des cas et des idéations suicidaires dans 6% des cas. 71% des participants décrivaient des mouvements contrôlés par les esprits, et 44% dirent avoir entendu des voix.

Un autre résultat montrait aussi que la plupart des participants à l'étude étaient des femmes. Cela allait dans le sens d'une idée fréquemment retrouvée où les états de possession seraient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, car ils permettraient une voie d'expression d'expériences douloureuses et vécues avec honte, telles que les violences sexuelles et domestiques, dont elles sont les principales victimes. Cela pourrait aussi être un moyen d'éviter ces maltraitances, et nous y reviendront dans cette thèse.

On voit donc, sur cette simple étude, se mêler la question du psycho-traumatisme, du TDI, de la psychose, du fonctionnement psychosocial, et de la dépression.

Les auteurs de l'étude concluaient donc que, si les résultats permettaient de tisser un lien entre les états de possession et le psycho-traumatisme, ces mêmes résultats ne permettaient pas de se limiter à cela :

« Néanmoins, nos résultats suggèrent que les états de possession, en plus d'être un trouble relié au psycho-traumatisme, comme cela a été classifié par de précédentes études, est un modèle explicatif large pour des problèmes de santé physiques et mentaux subjectivement inexplicables, incluant mais non limités aux troubles reliés au psycho-traumatisme. Comprendre les états de possession pathologiques comme un modèle subjectif de maladie pour différents problèmes mentaux et physiques pourrait aider les chercheurs et cliniciens à évaluer des concepts culturels et sociaux sous-jacents avec prudence, et à développer des approches de traitements culturellement adaptés pour les individus affectés. »

Une autre étude, venant à nouveau d'Ouganda (43), avait pour but d'explorer les liens entre états de possession, symptômes dissociatifs et événements traumatiques. 119 personnes atteintes d'états de possession diagnostiqués par des soigneurs traditionnels furent comparées à un groupe contrôle de

71 personnes non-possédées. L'Ouganda est un pays qui a été touché par les traumatismes de guerre en lien avec des régimes dictatoriaux et différents groupes rebelles, mais aussi à des traumatismes liés au développement du SIDA, d'autres infections et de la pauvreté. Les auteurs firent passer aux participants le SPQ-Ug (Spirit Possession Questionnaire-Uganda), la CDS-Ug (Checklist Dissociative Symptoms for Uganda), le SDQ -20 (Somatoform Dissociation Questionnaire-20), le HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) et la TEC (Traumatic Experiences Checklist).

Là encore, 83% des participants expliquèrent leurs symptômes par des modèles culturels (négligences spirituelles ou rituelles, esprits des ancêtres, ensorcellement) ou des conflits socio-culturels (notamment des conflits de territoire), mais aucun ne mentionna d'explication en lien avec un trouble médical ou un traumatisme psychologique.

On retrouvait dans le groupe des individus possédés, et de manière significative, plus de symptômes dissociatifs psychologiques ou somatoformes que dans le groupe des individus non-possédés. De même, on retrouvait aussi plus d'événements potentiellement traumatisants chez les individus possédés que chez les non-possédés, là aussi de manière significative. Il existait ainsi une forte corrélation entre les états de possession, les symptômes de dissociation psychologiques et somatoformes et le vécu d'événements potentiellement traumatiques.

Une des conclusions de l'étude portait vraiment à s'interroger sur le fait que ces états de possession n'étaient jamais reconnus par les individus comme liés à un traumatisme, et qu'ils n'allaient donc pas chercher d'aide auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue :

« Cela n'implique donc pas que tous les patients possédés aient besoin de voir leur expérience traumatique adressée pour aller mieux. Remarquablement, la vaste majorité des patients de notre groupe d'étude rapportèrent que le traitement par le soigneur traditionnel les avait aidés (45% se sentaient mieux, et 54% complètement guéris après le traitement). »

Ainsi, en plus de tisser un nouveau lien avec le psycho- traumatisme et les états dissociatifs, cette étude suggérait aussi l'importance de ne pas sous-estimer l'efficacité perçue et les effets thérapeutiques probables des médecines traditionnelles dans l'accompagnement des patients souffrant d'états de possession.

L'étude suivante (44) se passait aussi en Ouganda, dans le Nord du pays, et s'intéressait particulièrement à étudier les effets de la guerre sur les enfants soldats enrôlés de force dans la LRA (Lord's Resistant Army) pendant plus de deux décennies. Pour ce faire, les auteurs avaient sélectionné de manière aléatoire 1113 enfants et jeunes adultes (entre 12 et 25 ans) dans différentes régions d'Acholi, au Nord de l'Ouganda. Ils leur ont fait passer un questionnaire comprenant :

- Des items autour de la possession, notamment par les "Cen". Il s'agit d'un type de possession très fréquemment retrouvé chez les enfants soldats en Ouganda, par les esprits de soldats morts au combat et venant chercher une vengeance chez ceux qui les ont tués, ou qui ont assisté ou participé à leurs meurtres.
- Des items évaluant le statut économique et le niveau de pauvreté.
- D'autres évaluant la symptomatologie d'un éventuel ESPT, avec la PDS (Posttraumatic Stress Disorder Scale).
- L'exposition à des événements traumatiques avec la VWAS (Violence, War and Abduction Exposure Scale), échelle développée en particulier pour les enfants soldats du Nord de l'Ouganda.
- Les symptômes de dépression avec les 15 items de la DHSCL (Depression Hopkins Symptom Checklist).

De hauts niveaux de possession avaient été retrouvés chez 8,2% de l'échantillon total, avec une moyenne de 14,3% chez les enfants enrôlés de force (IC 95% : 12,3%-16,4%) contre 3,7% (IC 95% : 2,7%-5,0%) chez les enfants non-enrôlés.

Le score de possession par les Cen était corrélé de manière significative avec les symptômes d'ESPT et de dépression. 44,5 % des participants présentant des hauts niveaux de possession remplissaient les critères diagnostics d'un ESPT, alors que cette prévalence n'était que de 9,8 % chez les participants présentant de faibles niveaux de possession ou pas d'état possession.

Cette étude était renforcée par un autre article réalisé en majorité par les mêmes auteurs (45) dont le but était d'étudier la validité des échelles PDS et DHSCL en Ouganda. En plus de trouver une bonne fiabilité pour ces tests dans une version culturellement adaptée, elle trouvait aussi une association significative entre des scores élevés sur ces échelles et les états de possession locaux.

Les deux études suivantes se déroulaient en Mozambique. La première (46) était une étude menée en 2006, et s'intéressait aux traumatismes de guerre vécus par des femmes au centre du pays. Les 91 participantes avaient toutes vécu en zone de guerre, où elles avaient survécu. Il leur fut demandé de remplir :

- Le HTQ (Harvard Trauma Questionnaire), à la recherche d'événements traumatisants.
- Le SRQ (Self Report Questionnaire) à la recherche de comorbidités psychiatriques.
- Le SIFP (Self Inventory For PTSD) à la recherche d'ESPT.

Une étude qualitative par des entretiens détaillés fut menée par la suite avec les femmes diagnostiquées comme souffrant d'un ESPT.

Au total, 66% de ces femmes remplissaient les critères d'un ESPT (N = 60) et, parmi celles-ci, 88% disaient souffrir d'états de possession. 36 % des femmes avaient perdu leurs maris à la guerre ou à cause de maladies y étant liées, et 81 de leurs enfants étaient morts dans cette même période (84 % de maladies, et 6 % des conséquences directes des combats).

Sur le HTQ, sur un total de 24 événements traumatisants potentiels, la moyenne des événements vécus pendant la guerre par ces femmes était de 21.

Le SRQ rapportait de nombreuses plaintes somatiques : fatigues, céphalées, tensions, mais aussi un mauvais sommeil et un sentiment général de malheur. Un quart de ces femmes avaient déjà vécu ou vivaient actuellement une expérience de possession.

La partie quantitative de cette étude tendait donc à tisser un lien entre les traumatismes de guerre et les états de possession.

La partie qualitative de l'étude s'intéressait particulièrement à la possession par les esprits de la guerre (les "magamba") et aux travaux forcés imposés aux femmes ("gandira").

« La gandra fut dévastatrice pas seulement physiquement, mais aussi psychologiquement, car bien que la Renamo [traduction du portugais : Résistance nationale mozambicaine] fut lourdement dépendante du peuple, ses soldats n'hésitaient jamais à violer, torturer ou tuer ce même peuple sur lequel ils reposaient. »

Les expériences de viol étaient particulièrement nombreuses et répétées dans ce contexte. Comme témoignait une des victimes de l'étude :

« Il n'y a pas une seule femme qui ait fait la gandra qui n'ait pas été violée »

Dans le contexte de cette étude, un tiers des femmes disaient souffrir de possession par les magamba (esprits de la guerre), qui les empêchaient de vivre une vie normale et pour beaucoup : "peu de choses avaient changé depuis la fin de la guerre". En faisant le parallèle avec les 88% de ces femmes possédées souffrant d'un ESPT, on pouvait voir dans ces témoignages un idiome de détresse exprimant la difficulté à sortir des réminiscences d'événements particulièrement traumatisants.

De manière comparable avec les "cen", les "magamba" étaient des esprits de jeunes personnes tuées pendant la guerre qui revenaient pour se venger. Il était intéressant de noter que cet état de possession s'accompagnait de nombreux symptômes d'allures somatoformes : douleurs à l'estomac et aux côtes, douleurs étranges dans tout le corps, céphalées, faiblesse généralisée... On retrouvait aussi des troubles du sommeil, des cauchemars en lien avec des violences sexuelles, une baisse de la libido, des crises clastiques, une irrégularité dans le cycle menstruel. Et il devient alors difficile de ne pas imaginer un lien entre les atrocités vécues par ces femmes et ce que notre nosographie occidentale classerait aisément dans une symptomatologie typique d'ESPT.

Néanmoins, et comme nous l'avons vu en Ouganda, la thèse traumatique n'était pas retenue comme un modèle explicatif valable par les personnes souffrant de ces états de possession. Qui plus est, la plupart des femmes n'avaient pas eu de viol, même si toutes reconnaissaient la grande fréquence de ces événements traumatiques dans la gandra. Ainsi, là encore, le traitement était assuré par des soigneurs de gamba, et passait par différentes étapes :

1/ le soigneur induisait chez la patiente un état de possession ou le magamba pouvait exprimer via des mots et des mouvements violents le mal qui lui avait été fait.

2/ Le soigneur, ainsi que la famille reconnaissait ce mal.

3/ Le gamba demandait alors réparation en échange du fait de quitter le corps de la patiente.

4/ La famille de la patiente, sous la supervision du soigneur, tentait alors de réparer les torts qui avaient été faits à l'esprit, ce qui entamait la voie de la guérison.

On pouvait voir dans ce rituel une forme de variante de la religion Candomblé au Brésil (14) où la dissociation permettait une réinterprétation mythologique de sa propre histoire, mais on peut aussi faire le lien avec les écrits de Patrick McNamara (2) au sujet de la possession :

« Notez qu'il y a 4 éléments principaux pour cette caractérisation des états de possession démoniaque : (1) transfert du contrôle de soi (2) vers une personnalité impure mais cognitivement extraordinaire (3) qui a besoin d'être exposée publiquement (4) puis détruite »

Enfin, une étude de 2017 (47) s'intéressait aux peuple Rohingya qui avaient fui la persécution qu'ils subissaient depuis des décennies par l'armée birmane dans des camps de réfugiés au Bangladesh. Ils sont toujours aujourd'hui l'un des peuples les plus persécutés dans le monde et l'un des plus larges groupes ethniques sans état. Certains de ces réfugiés résidaient dans ces camps depuis plus de deux décennies, et beaucoup d'entre eux avaient été exposés aux violences de l'armée birmane.

Un groupe de 180 réfugiés fut sélectionné aléatoirement par les auteurs de l'étude, qui leur firent passer une très large batterie de tests :

- La CDES (Checklist for Daily Environmental Stressors) à la recherche d'événements stressants du quotidien dans les camps de réfugiés.
- Le TEI (Traumatic Events Inventory) à la recherche d'événements traumatiques vécus dans le passé, construit spécialement pour l'étude et s'appuyant sur le HTQ (Harvard Trauma Questionnaire)
- La section PTSD du HTQ à la recherche des ESPT.
- La HSCL (Hopkins Symptom Checklist), sous-section dépression, à la recherche des symptômes de dépression.
- 5 items à la recherche d'angoisses et de peurs handicapantes, de colères incontrôlables, d'hallucinations auditives, d'hallucinations visuelles, et d'éléments délirants.
- Une échelle de symptômes somatiques (Somatic Symptoms Scale) développée pour l'étude.
- Une échelle à la recherche d'idiomes locaux de détresse (Local idioms of Distress Scale) développée pour l'étude. Dans cette échelle, trois questions concernaient la conviction d'être victime d'un sort, d'un état de possession, ou d'être contrôlé par de la magie noire.
- Une échelle évaluant les fonctions exécutives des réfugiés, une autre les stratégies employées pour faire face à leur situation, une autre leur fonctionnement social, et une partie était réservée aux suggestions des participants pour améliorer la prise en charge de la santé mentale dans le camp.

Parmi les résultats qui nous intéressaient particulièrement dans le cadre de ce chapitre : 75 % des participants avaient été victimes de destruction de propriété, 56 % de coups, 55 % d'extorsions et de vols, 52 % avaient été forcés à se cacher, 40 % avaient vécu la torture. Des abus physiques furent reportés par 27 % des hommes et 38 % des femmes, 3 % des femmes et 17 % des hommes rapportèrent des viols.

36 % des participants furent diagnostiqués souffrant d'un ESPT. 10 % des participants pensaient être possédés par un démon ou un mauvais esprit, 10 % pensaient être victimes d'un sort, et 6 % sous l'emprise de magie noire.

On voyait donc dans cette étude une proportion non négligeable d'états de possession dans une population largement confrontée à la question du psycho-traumatisme de guerre.

Néanmoins, il apparaissait nécessaire de ne pas tirer trop rapidement de conclusions, étant donné la complexité des tableaux cliniques présentés par les patients.

En effet, à titre d'exemple, 89 % des sujets présentaient des symptômes de dépression, et des symptômes somatiques étaient décrits dans plus des deux tiers des cas (maux de têtes 67 %, douleurs dorsales 55 %, 49 % souffraient de douleurs dans tout le corps, et 49 % de constipation chronique). 14 % des participants souffraient d'angoisses invalidantes, 9 % de colères incontrôlables, 5 % présentaient des éléments délirants, 3 % présentaient des hallucinations visuelles et 2 % des hallucinations auditives. Cet article était intéressant en cela qu'il venait modérer les résultats des études précédentes. En effet, si les victimes de la guerre sont malheureusement souvent confrontées au psycho-traumatisme et à l'ESPT, il ne faut pas non plus oublier que leurs tableaux cliniques sont complexes et touchent un vaste panel psychopathologique. La question étant alors de savoir où viennent se placer les états de possession dans ces présentations cliniques.

## °° *Autres formes de psycho-traumatismes et possession :*

Tous les articles du sous-chapitre précédent nous permettent de tisser un lien fort entre les traumatismes de guerre et les états de possession. Néanmoins, nous allons désormais nous intéresser aux autres types de traumatismes et tenter d'étudier si le lien entre psycho-traumatisme et états de possession dépasse le contexte des horreurs de la guerre.

La première étude que nous allons détailler se passait en République Dominicaine (48). Bien que la République Dominicaine ne soit pas exempte de problèmes sociaux et de pauvreté, elle n'a pas traversé d'épisode de guerre ou de violence de masse ces dernières décennies, comme nous avons pu le voir dans les études précédentes. Cette étude cherchait les facteurs prédictifs de la possession Vaudou en République Dominicaine, notamment par le prisme du psycho-traumatisme, des troubles du sommeil et de la dissociation somatoforme. Pour cela, les auteurs avaient fait passer un questionnaire à 85 citoyens : 47 individus ayant vécu des états de possession Vaudou, et 38 appartenant au culte Vaudou mais n'ayant jamais expérimenté de tels états. Le questionnaire était composé de :

- La SDQ-5 (Somatoform Dissociation Questionnaire-5), à la recherche de symptômes de dissociation somatoforme. Une question était ajoutée pour explorer les troubles du sommeil, et une autre à la recherche de problèmes urogénitaux (que l'on peut parfois retrouver dans certains pays en lien avec les expériences de possession, notamment quand on retrouve des pratiques de mutilations génitales).
- La TEC-DR (Traumatic Experience Checklist-Dominican Republic) à la recherche d'événements traumatiques vécus par les participants.
- Le SPQ-DR (Spirit Possession Questionnaire-Dominican Republic) pour explorer les expériences d'état de possession.

Il y avait une différence marginale mais non significative ( $p = 0,07$  ; la valeur cible pour que le résultat soit significatif ayant été fixée à  $p < 0,05$ ) entre le groupe P (Possédés) et le groupe NP (Non-possédés) quant aux vécus d'expériences traumatiques antérieures. En effet, le groupe P avait reporté plus d'expériences de dangers mortels, comme des agressions, des maladies, ou des accidents. Il y avait une différence significative sur les expériences de dissociation somatoforme et de troubles du sommeil, plus présents dans le groupe P que NP, avec en particulier : douleurs intenses sur tout ou parties du corps, voir les choses autour de soi différemment que d'habitude, avoir l'impression que son corps ou des parties de son corps avaient disparu, être incapable de parler ou seulement en chuchotant, et un mauvais sommeil.

Ainsi, si cette étude suggérait mais ne démontrait pas de manière absolue un lien entre psycho-traumatisme et expériences de possession, elle tendait en revanche à appuyer l'hypothèse d'une composante somatoforme possible pour certains états de possession, où "des susceptibilités somatiques entraîneraient certains individus à s'identifier au rôle de possédé, et les prédisposerait à se dissocier".

A Oman, une étude (49) s'était employée à comparer deux types de possessions différentes qui avaient lieu dans ce pays :

- Les "phénomènes intermittents dissociatifs" où l'individu était possédé par un esprit malveillant qui prenait le contrôle de son corps.
- Les "phénomènes dissociatifs transitoires" où l'individu était influencé par un esprit, la relation était souvent symbiotique et bienveillante.

Cette étude opposait donc des phénomènes de possessions dites "négatives" et "positives" comme les décrivait McNamara (2).

Il y avait un total de 84 participants, 29 remplissant les critères de phénomènes intermittents

dissociatifs, (négatifs) et 55 de phénomènes dissociatifs transitoires (positifs).

Il leur fut demandé, en plus de passer une évaluation neuropsychologique, de remplir le THC (Trauma History Questionnaire). Parmi les participants, 35% avaient une expérience antérieure de traumatisme. Il y avait une association statistiquement significative avec les états de possession de type "phénomènes dissociatifs transitoires" et les psycho-traumatismes. En effet 24 des 55 individus (43,6%) présentant cet état avaient des antécédents de traumatismes, contre 5 sur 29 (17,2%) pour la catégorie "phénomènes intermittents dissociatifs".

Il était difficile de tirer des conclusions de cette étude pour plusieurs raisons. La première étant la faible taille des échantillons comparés, et la différence des effectifs entre les deux. La deuxième raison était que l'état de possession où une association significative était retrouvée avec le psycho-traumatisme était un état de possession non-pathologique, admis culturellement et bienveillant. Cela-dit, cela venait à nouveau nous interroger sur les fonctions possibles des états de possession, et notamment une fonction qui pourrait être thérapeutique et bénéfique pour faire face à des événements de vie traumatisants.

L'étude suivante a déjà été abordée dans le chapitre précédent sur le TDI (24) et concernait la population générale des femmes tunisiennes (échantillon de 628 personnes). En plus du DDIS, ces femmes avaient aussi été testées avec la SCID (Structured Clinical Interviews for DSM-IV (6)) à la recherche de PTSD ou de trouble Borderline et avec le CANQ (Childhood Abuse and Neglect Questionnaire).

Parmi ces femmes, 243 (38,7%) rapportèrent des abus ou négligences pendant l'enfance, 50 (8,0%) des événements traumatiques à l'âge adulte, et 23 (3,7%) reportèrent les deux.

Les femmes ayant vécu des événements traumatiques durant l'enfance ou à l'âge adulte rapportaient plus d'états de possession que les femmes n'ayant pas vécu de tels états. La différence était significative pour les traumatismes infantiles ( $p < 0,05$ ).

On retrouvait aussi une différence significative et large entre les femmes souffrant d'ESPT, dont 14,3 % rapportaient souffrir d'états de possession, par rapport aux femmes ne présentant pas d'ESPT, dont 1,6% disaient souffrir de possession ( $p = 0,007$ ).

La prochaine étude faisait un lien intéressant sur les violences faites aux femmes et les traumatismes qui pouvaient en découler. C'est un article que nous avons déjà étudié en parti sur le chapitre des TDI (26) et qui se passait en Israël. Il comparait un échantillon de 68 personnes atteintes de dépendance aux opiacés, un échantillon de 80 femmes victimes de violences conjugales et un échantillon de la population générale de 103 personnes.

Comme nous l'avons vu, l'étude retrouvait effectivement des pourcentages de passés traumatiques bien plus élevés chez les femmes battues et les personnes dépendantes aux opiacés que dans la population générale (77,5 % et 60,3 % contre 1,9 %). Les femmes battues avaient 2,6 fois plus de risques d'avoir été victimes d'abus sexuels que les utilisateurs d'opiacé. Au total, on retrouvait 61,3% d'abus sexuels chez les femmes victimes de violences conjugales, contre 23,5 % chez les utilisateurs d'opiacés et 0 % dans l'échantillon de population. Concernant les abus physiques, ces chiffres étaient respectivement de 65,0%, 60,3 % et 1,9 %. Enfin, les taux d'expériences de possession rapportés étaient significativement plus hauts, à la fois chez les femmes battues (34%) et chez les utilisateurs d'opiacés (34%) en comparaison avec la population générale (2%) ( $p < 0,001$ ).

A nouveau, les états de possession semblaient donc être plus fréquents chez les personnes ayant été victimes d'un passé traumatique.

Nous citerons rapidement une étude (50) que nous développerons plus en détail dans un chapitre suivant, qui cherchait des éléments reliant des femmes en Turquie présentant des troubles somatoformes (N=40) avec des éléments de comorbidités liés au psycho-traumatisme. Brièvement, l'on retrouvait plus de diagnostics d'ESPT dans le groupe des femmes souffrant de troubles somatoformes par rapport au groupe témoin, et une majorité significative reportait des abus ou

négligences subis pendant l'enfance. Plus de la moitié des femmes avaient expérimenté un état de possession ou des expériences paranormales. Cela dit, on retrouvait aussi une fréquence significativement plus élevée d'épisodes dépressifs caractérisés, de troubles borderline et de troubles dissociatifs.

Là encore, si on constatait une fréquence élevée d'expériences de possession et de stress post-traumatiques, la complexité du tableau clinique rendait l'association entre les deux hasardeuse.

## °°° Conclusion

En conclusion, il existe un nombre d'étude satisfaisant, avec des résultats significatifs, témoignant d'une association entre la psychopathologie du psycho-traumatisme, de l'ESPT et les états de possession.

On retrouve notamment une forte prévalence de ces troubles dans les zones de guerre où le phénomène a été étudié en détail.

Les études montraient aussi des associations statistiques notables dans d'autres types de traumatismes, et notamment dans le cadre des maltraitances physiques ou des abus sexuels.

Cela-dit, il est probablement sage de garder en tête que ces études témoignaient aussi d'une autre réalité, à savoir que les traumatismes sont rarement isolés en termes de psychopathologie, et rarement exempts de comorbidités, notamment dans le cadre des horreurs de la guerre. Ainsi, si l'on retrouvait des associations statistiques significatives entre états de possession et psycho-traumatisme, on retrouvait aussi des associations avec des états dépressifs, des troubles borderline, des troubles dissociatifs, des symptômes somatiques (faisant souvent penser à des troubles somatoformes), voir des symptômes psychotiques.

Il existe potentiellement un biais dans la réalisation même des études, à un stade initial. En effet, on peut se demander si la théorie du psycho-traumatisme comme élément central des troubles dissociatifs, des TDI, et donc des états de possession, pourrait en quelque sorte effacer toute autre hypothèse étiologique de départ.

Car ces études démontrent une psychopathologie d'une variété incroyable, au milieu de laquelle il existe effectivement un lien statistique entre psycho-traumatisme et possession.

Néanmoins, bien que ce lien nous soit cher, dans notre conception culturelle occidentale de la psychiatrie, il faut noter que ce n'est pas nécessairement le cas des victimes des états de possession elles-mêmes, ni de leurs guérisseurs traditionnels, comme nous avons pu le voir ci-dessus.

Pour appuyer cette idée, il est utile de s'intéresser à une dernière étude (51) provenant d'Ouganda où, comme nous l'avions vu, le lien entre état de possession et psycho-traumatisme était établi. Le but de cette recherche était d'étudier le parcours thérapeutique des patients souffrant d'états de possession, leurs comportements de recherche d'aide, les méthodes thérapeutiques utilisées par les guérisseurs, les modèles explicatifs et l'efficacité perçue des traitements. Il était particulièrement important de noter qu'il s'agissait du même groupe de 119 personnes souffrant d'états de possession que l'étude précédemment citée en Ouganda (43), qui démontrait une forte corrélation entre les états de possession, les symptômes de dissociation psychologique et somatoforme et le vécu d'événements potentiellement traumatiques.

Ainsi, le parcours des patients commençait classiquement par de la malchance et des problèmes somatiques (fièvre, céphalées, maux de ventre, vomissements). Au fil des mois, les symptômes s'aggravaient avec des phénomènes d'allures dissociatifs et somatoformes (pertes de connaissance, "crises d'épilepsie", ne plus pouvoir parler ou bouger, ou encore voir comme au travers d'un brouillard). Puis, finalement, il y avait des expériences d'influence passive, ou les patients pouvaient entendre des "voix impératives", jusqu'à des attaques de possession avec tremblements, où ils pouvaient parfois parler dans des langues inconnues.

On voyait donc ici que, la plupart du temps, les états de possession s'inscrivaient dans un processus long, complexe, et pas uniquement dissociatif (au sens DSM du terme). 66% des patients s'étaient d'abord tournés vers la médecine "occidentale", comme des hôpitaux, des centres de santé, ou des tentatives d' "auto-prescriptions" . Seul 26% des patients du groupe s'étaient tournés vers des guérisseurs traditionnels, et 8% vers l'église. De manière marquante, aucun des patients qui avaient cherché de l'aide en premier lieu vers la médecine occidentale ne reporta de mieux être, ce qui ne fut pas le cas pour la médecine traditionnelle et l'église où seulement 2 et 4 patients (respectivement) ne trouvèrent pas de soulagement.

Une deuxième étape dans la recherche d'aide fut entreprise pour 70% des patients : 28% vers le secteur médical "occidental", 37% vers des guérisseurs traditionnels et 5% vers l'Église. Un tiers des patients fit appel à une troisième étape dans la recherche de soins. Les lieux de soins finaux furent

pour 54% des guérisseurs traditionnels ("omufumu"), pour 30% des guérisseurs traditionnels avec des influences chrétiennes mêlées à leur prise en charge ("barangi") et pour 16% l'Église.

Les rituels de traitement faisaient écho à ceux que nous avons déjà cités en amont. Il y avait une première partie où l'état de possession était induit par le guérisseur, où l'esprit était amené à se manifester et à communiquer. Le problème devenait alors plus clair et le guérisseur pouvait entamer une phase de négociation avec l'esprit et le pardon était demandé pour des actes "démoniaques" antérieurs ou des négligences de rituels. 42% des patients se sentaient "bien mieux" après les traitements rituels et 57% reportaient être complètement guéris.

De plus, les modèles explicatifs avancés étaient, du plus fréquent au moins fréquent :

- Négligences de rituels
- Négligences de responsabilités, notamment familiales
- Jalousie
- L'appel pour devenir Chaman
- Le deuil
- Les conflits de territoires
- Autres...

Que déduire de cette étude ? S'il existait bien un lien statistique entre états de possession et psycho-traumatisme, la question du psycho-traumatisme n'était abordée ni dans le traitement par les guérisseurs traditionnels, ni dans les modèles explicatifs du patient. Malgré cela, la grande majorité des possédés étaient satisfaits de leurs prises en charge, et se sentaient "bien mieux" ou complètement guéris.

De plus, on constatait un échec de la médecine occidentale dans ce contexte où, bien qu'elle ait souvent été utilisée en premier recours, elle ne parvenait pas à apporter un soulagement aux patients. Pourtant, cette même médecine occidentale a su se spécialiser dans la prise en charge des troubles liés aux psycho-traumatismes et des ESPT.

Ainsi, un patient disant souffrir d'un état de possession doit faire poser la question des expériences traumatiques (notamment liées à la guerre), et de l'ESPT. On peut tout à fait raisonnablement émettre l'hypothèse que les événements traumatiques soient un des facteurs étiologiques pouvant entraîner des états de possession. Néanmoins, en l'état actuel des connaissances, rien n'indique que traiter un état de possession comme un ESPT "classique" présente une efficacité. Une approche complémentariste semble être raisonnable et il paraît important de s'enquérir des aides spirituelles traditionnelles envisagées ou utilisées par le patient, sans en nier l'importance culturelle, ni l'efficacité.

Enfin, ces patients évoquent aussi tout un cortège d'autres pathologies, et un état de possession ne dispense pas de la recherche d'un trouble psychiatrique autre que l'ESPT (épisode dépressif caractérisé, trouble de la personnalité borderline, troubles somatiques ou somatoformes, troubles dissociatifs, troubles psychotiques).

### 3/ Hystérie et possession

#### ° *De la possession à l'hystérie, une histoire de la psychiatrie*

L'hystérie possède une histoire particulièrement intéressante, notamment quand on l'observe sous l'angle de notre objet d'étude, et vient tracer des liens particuliers dans la relation qui noue l'exorciste au possédé, et le thérapeute à son patient.

Dans son livre « *histoire de la découverte de l'inconscient* », Henri F. Ellenberger (52) écrivait que d'un point de vue historique, l'exorcisme était une des racines de la psychothérapie dynamique, et qu'il était en lui-même une forme de psychothérapie très structurée.

Pour étayer cette idée, la première étude que nous détaillerons (53) revenait sur les interrelations historiques possibles entre la possession démoniaque, le mesmérisme (ou magnétisme animal) et l'hystérie.

La possession démoniaque se manifestait par différents types de symptômes dans l'Europe des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Le premier de ceux-ci était la convulsion (au point que les victimes étaient même parfois appelées « convulsionnaires »), qui était décrite comme « presque invariable » aux états de possession. Nous reviendrons en détail avec un autre article sur l'importance de la convulsion dans les états de possession, depuis les épilepsies véritables jusqu'aux troubles conversifs avec Crises Non Épileptiques Psychogènes. En second lieu, les possédés étaient décrits dans les manuels d'exorcisme et de chasse aux sorcières comme possédant une intelligence accrue, des facultés de clairvoyance et une amnésie des épisodes de possession. Ces facultés de clairvoyance nous renvoyaient au cas de Madame Pipers au début du XX<sup>e</sup> siècle que nous avons détaillé en amont, et qui avait tant passionné les théoriciens de l'époque. Il pouvait aussi y avoir une insensibilité à la douleur, une capacité à prédire les prochaines attaques de possession, des déficits sensitivo-moteurs temporaires (portant sur l'ouïe, la vision, la capacité à pouvoir parler), et enfin, ces expériences étaient vécues comme involontaires. Les auteurs avançaient que ce "rôle" de possédé avait une composante socialement et culturellement apprise, à la fois par les rites précédents l'exorcisme (où le prêtre, en questionnant le démon sur son identité, donnait à la victime de celui-ci des informations précises sur la manière d'agir attendue d'un possédé), mais aussi par l'entourage et le vécu de la personne. En effet, les proches, en manifestant un intérêt quant aux manifestations démoniaques, pouvaient aussi partager leurs attentes et croyances par rapport à celles-ci, notamment sur les questions de durée et de symptômes de possession. De plus, le possédé pouvait lui-même avoir assisté à des possessions ou à des rites d'exorcisme. Le rôle de possédé permettait souvent une ascension dans le statut social, où la victime sans défense devenait source d'une attention bienveillante et d'un travail de soin, atteignant un degré de respect et de privilèges inatteignables autrement. Cette partie faisait écho à l'introduction de notre chapitre et à l'opposition entre la fonction adaptative et la fonction discursive des états de possession, ou encore l'opposition entre les théoriciens de l'état et les théoriciens du rôle (10). Cette étude travaillait donc plus en détail la théorie du rôle.

Le rôle de l'exorciste reposait sur plusieurs éléments, depuis l'usage d'objets sacrés, d'eau bénite et de prières, jusqu'à l'apposition des mains et enfin son attitude. En effet, l'attitude et la personnalité de l'exorciste étaient considérées comme essentielles dans le processus de guérison. Il devait ainsi avoir foi en Dieu, en ses procédures, et mener une vie saine et morale. Son autorité sur le démon, et donc la personne en état de possession, devait être perceptible à tout moment, prouvant ainsi la supériorité de Dieu sur le royaume du mal.

La théorie du magnétisme animal (ou mesmérisme) fut développée par Franz Anton Mesmer à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Pour résumer, Mesmer émettait l'hypothèse d'un « fluide » pénétrant tout l'univers, y compris le corps humain. Des pathologies dues à des dysharmonies de ce fluide avec le corps

pouvaient, selon lui, être retrouvées et traitées par la redistribution de celui-ci via le "fluide magnétique" de certains individus (magnétiseurs).

Le rôle du sujet magnétisé se manifestait par différents symptômes : convulsions, acuité intellectuelle accrue, amnésies, clairvoyance, insensibilité à la douleur, et un vécu involontaire de la situation. On voit donc que les symptômes des « magnétisés » étaient quasiment identiques aux symptômes des possédés. Les patients étaient considérés comme victimes de forces magnétiques extérieures sur lesquelles ils n'avaient pas de prise, et qui les manipulaient dans un état dit "magnétisé" ou de "sommambulisme" :

« Cette conceptualisation du sujet comme un automate passif permit de tisser un lien quand apparut le décalage théorique entre la théorie des fluides et la notion de transe hypnotique qui la remplaça. »

Le rôle du magnétiseur était comparé au rôle de l'exorciste, et l'on retrouvait effectivement des similarités troublantes : l'apposition des mains était remplacée par des « passes » (mouvements proches du patient mais ne touchant pas son corps), il y avait usage d'objets magnétisés, l'eau bénite était remplacée par de l'eau « magnétisée ». La personnalité du magnétiseur et son attitude étaient là aussi essentielles au processus de guérison. Il devait avoir une foi inébranlable en son traitement et mener une vie de pureté morale. Là où le magnétisé était vu comme « un esprit faible, non cultivé et errant », le magnétiseur se devait d'être un « homme d'un intellect cultivé et puissant »

A partir du milieu du XVIIIe siècle, les patients souffrant d'états de possession étaient parfois considérés comme victimes d'hystérie, et l'hystérie était alors considérée comme un trouble naturel (et non spirituel). L'opinion scientifique, comme nous l'avons déjà vu, était divisée sur la question de la possession. Ainsi, il est intéressant de noter que les théories de Mesmer se basaient en grande partie sur l'observation de Joseph Gassner, un prêtre exorciste très connu et réputé en son époque, en y apportant une relecture pseudo-scientifique autour des fluides magnétiques. Le mesmérisme fut effectivement dans un entre-deux souvent critiqué entre la science et l'occultisme, au point que fut développée la notion d'affection « démono-magnétique » par Justin Kerner au début du XIXe siècle, dont le traitement consistait en un mélange de magnétisme et d'exorcisme.

Ce n'est qu'à partir de la moitié du XIXe siècle que la communauté scientifique considéra de plus en plus l'hypothèse de l'hystérie comme explication aux symptômes des états de possession et des états de magnétisme (Calmeil, 1845 ; Dupau, 1826 ; Richet, 1887, et bien sûr Charcot). Charcot avançait effectivement l'idée que seuls les patients atteints d'hystérie pouvaient manifester les états de "grand hypnotisme" et pointait régulièrement les similarités entre les "hystériques" et les "possédés".

Les auteurs avançaient que les séances d'hypnose de cette époque étaient une forme de relecture des états de magnétisme, et donc des états de possession induits lors des séances d'exorcisme.

La théorie du rôle défendue dans cette étude suppose un apprentissage commun, à la fois du "rôle" de l'hystérique mais aussi que du "rôle" de thérapeute, comparable à la relation liant l'exorciste au possédé et le magnétiseur au magnétisé. Ainsi, beaucoup de patients (souvent des patientes dans la théorie classique de l'hystérie) présentant des symptômes de ce qu'on appelait autrefois possession démoniaque se disaient désormais malades et étaient considérés comme cela par leurs thérapeutes. L'état de possession recherché pendant l'exorcisme, puis l'état de magnétisme ou de somnambulisme dans les traitements du mesmérisme seraient alors comparables à l'état d'hypnose développé dans les cures analytiques. Ce mouvement progressif de la possession vers l'hystérie aurait entraîné, d'après les auteurs, quelques changements logiques dans la présentation symptomatique, avec la disparition de la clairvoyance, des insultes blasphématoires, des changements de voix, au profit du développement de symptômes d'allures plus médicales : convulsions, analgésie, perturbations sensitivo-motrices, plaintes somatiques vagues.

Une étude (54) reprenait cette observation historique, en partant cette fois des réflexions de psychiatres du milieu du XIXe siècle sur le sujet de la possession. Dans un contexte de recrudescence d'états de possession, un intérêt renouvelé pour ce phénomène a émergé chez des

psychiatres comme Maurice Macario, Alexandre Briere de Boismont et Louis -Florentin Calmeil. Ils voyaient dans ces états les dangers sociaux d'une religion "ignorante de la folie". Ainsi, ces psychiatres s'intéressèrent de plus en plus à des ensembles de symptômes somatiques tels que la convulsion, qu'ils classèrent dans la catégorie diagnostique de l'hystérie. Bourneville, neurologue à la Salpêtrière et collègue de Charcot se pencha particulièrement sur le sujet et fonda la "Bibliothèque diabolique" de 1882 à 1902, un ensemble de recueils traitant d'états de possession, relus via le prisme de l'hystérie. Charcot tentait alors de démontrer que l'hystérie n'était pas une nouvelle construction scientifique s'appuyant sur des outils parfois critiqués, tels que l'hypnose. Pour cela, il avança que ce trouble se retrouvait à travers l'histoire dans le contexte de la religion, et notamment des états de possession.

Sigmund Freud faisait aussi référence à Charcot dans ses premiers écrits et notait entre l'hystérie et les états de possession des manifestations communes (convulsions, paralysies etc...). Freud voyait dans les manifestations de la possession une rupture de la conscience avec la création d'un "étrange objet" détaché de la personne et de ses autres représentations mentales. Cela dit, Freud s'éloigna petit à petit de la conception de la possession comme d'une manifestation de l'hystérie, notamment à travers son étude de 1923 sur le cas de Christoph Haitzmann. Là où la plupart des auteurs avaient interprété ce cas comme une manifestation d'hystérie masculine, par les symptômes classiques de convulsions, sensations corporelles douloureuses, absences, paralysies, hallucinations... Freud y perçut plutôt un tableau de mélancolie, dans le contexte du deuil compliqué du père de Haitzmann :

« Puis, son père est mort et il est tombé en conséquence dans un état de mélancolie, et quand le diable l'a approché et lui a demandé pourquoi il était au plus bas et triste, il lui a promis de "l'aider du mieux possible pour lui apporter du soutien". »

Une étude (55) revenait plus en détails sur la possession de Christoph Haitzmann et l'analyse de Freud. Haitzmann était un artiste bavarois qui s'était installé près de Vienne en 1677 pour se faire aider face aux convulsions et visions qui l'assaillaient. Celles-ci auraient commencé après qu'il ait passé 2 pactes avec le diable. Ce cas débutait donc avec la mort du père de Haitzmann, qui s'était lentement métamorphosé en une figure diabolique (ce qui se reflétait dans une série de peintures portant sur son père décédé, et dépeignant cette transformation progressive). Freud avançait que Haitzmann avait ainsi pu éviter le travail de deuil nécessaire de son père, en le remplaçant par une figure paternelle diabolique. Il pouvait alors conserver son statut de fils sans ressentir l'abandon et la privation. Il serait donc resté dans le schéma classique du complexe d'œdipe en évitant de vivre pleinement sa vie d'adulte. Freud émettait l'hypothèse que l'on pouvait "cannibaliser", "incorporer" un être cher disparu plutôt que d'en accepter la perte. Cet objet incorporé pourrait ainsi, dans le cadre de la mélancolie, supplanter et diriger l'individu en lui-même, à la manière dont Haitzmann aurait ressuscité son père sous une figure diabolique, à la fois rassurante et envahissante.

Comme nous l'avons vu au travers de différentes études cliniques, mais aussi au travers du retour historique sur l'hystérie et la possession, la question des convulsions semble être un point d'importance indéniable dans la description de bien de ces états.

Une étude (56) revenait sur l'histoire commune que partageraient l'épilepsie, l'hystérie et la possession. L'épilepsie est une maladie pouvant se manifester de différentes manières, à la fois par le "grand mal", à savoir la crise tonico-clonique, mais aussi par des crises plus subtiles et diverses où l'on peut retrouver des sensations corporelles étranges, une altération de la conscience incomplète, des perturbations affectives et comportementales, et différentes altérations de la pensée, de la perception et de la mémoire.

Ces perturbations, de par leur caractère protéiforme et difficilement compréhensible, ont pu être interprétées comme des états de possession. Ainsi, dans la bible on peut lire :

« Seigneur aie pitié de moi, pour mon fils, car il est un épileptique, et il a de mauvaises crises, il tombe sans cesse, souvent dans le feu, souvent dans l'eau. Je l'ai amené à vos disciples mais ils n'ont pu le soigner... Jésus parla sévèrement au garçon, le diable le quitta et dès ce moment, il fut guéri. » (Mathieu 17 : 15-18)

Le moyen-âge particulièrement aurait fait un lien entre l'épilepsie et des phénomènes mystiques, et notamment de possession. Du XVe au XVIIe siècle, beaucoup de pathologies étaient reliées au fait d'être possédé par le diable ou un démon. On pouvait retrouver différents types de symptômes d'allure neurologique, des mouvements choréiques, des hallucinations et d'autres signes ressemblants à des crises d'épilepsie. Ce n'est qu'à partir de la renaissance, puis plus encore du XIXe siècle, qu'une approche plus scientifique, basée sur des connaissances physiologiques et neuroanatomiques permit une meilleure compréhension du trouble, y compris dans ses manifestations psychologiques (qu'elles soient une partie de la crise ou une perturbation entre les crises). Les facteurs psychologiques précipitant les crises furent étudiés notamment par Charcot et Richet, menant à la notion d'hystéro-épilepsie. La question était alors de distinguer la frontière entre une crise d'épilepsie et des pathologies mentales. Les convulsions hystériques étaient considérées comme "des expressions de passions, de sensations ou d'actions ordinaires de la vie" là où les convulsions épileptiques étaient "des sortes de tétanie sans ressemblance avec les mouvements qui ont lieu en conditions physiologiques". William Lennox, un neurologue du XXe siècle (et président de 1935 à 1949 de la ligue internationale contre l'épilepsie) écrivait ainsi que les manifestations hystériques pouvaient être particulièrement difficiles à distinguer d'une crise d'épilepsie. Un même patient pouvait de plus souffrir des deux troubles, ou de manifestations hybrides. Il classifia ainsi l'hystérie comme une pathologie pouvant être voisine de l'épilepsie. Au XXe siècle, les connaissances sur le trouble continuant d'évoluer, la notion d'hystéro-épilepsie fut supprimée. Ainsi, en 1973, le dictionnaire de l'épilepsie disait que ce terme devait être absolument évité car il ne pouvait concerner que trois situations :

- (1) Les crises d'épilepsie associées à des attaques d'hystérie, qui devaient être considérées comme des pathologies distinctes,
- (2) Les crises d'épilepsie pouvant être déclenchées et stoppées par la suggestion, qui relevaient du diagnostic d'hystérie et non de crises d'épilepsie.
- (3) Les crises d'épilepsie hystériformes, qui relevaient du diagnostic d'épilepsie partielle.

Lennox nota qu'avec le temps, dans les cultures occidentales, les manifestations de type convulsives devinrent moins fréquentes dans les symptômes de conversion hystérique, qui se manifestaient plus fréquemment par des phénomènes viscéraux que musculaires. Des manifestations tels que "L'arc de cercle" (ou opisthotonos) devinrent de plus en plus rares en clinique. Cette étude émettait donc l'hypothèse d'un continuum historique entre états de possession, épilepsie et hystérie. En effet, les étranges manifestations de l'épilepsie ont pu être (et sont encore parfois aujourd'hui) interprétées comme des symptômes de possession, et des individus convaincus d'être possédés pouvaient exprimer des manifestations similaires, ayant appris de par les croyances en cours que ces états se présentaient de la sorte.

Un autre article (57) revenait sur le lien historique entre le "cerveau magnétisé" et le "cerveau hypnotisé". Cette étude confirmait l'importance des Crises Non Épileptiques Psychogènes et des contractions musculaires dans les analyses des états de possession sous le prisme de l'hystérie de la fin du XIXe siècle. Richet, en 1881, décrivait ces états comme caractérisés par la prédominance de contractions douloureuses, et le développement d'attitudes illogiques ou de contorsions, ce qui donnait à ces attaques l'aspect choquant des anciens cas de possession.

Le lien entre possession et hystérie était alors si important pour Charcot et Richet qu'ils firent une étude supplémentaire à leur « *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie* », appelée « *Les démoniaques dans l'art* » (58) (59). C'était pour eux une relecture d'œuvres d'art à une époque

où l'hystérie n'était pas considérée comme une maladie, mais comme une possession démoniaque ou une perversion de l'âme.

Gilles de La Tourette s'intéressa lui aussi au phénomène, considérant la possession diabolique comme un "stigmat" de l'hystérie. Ces stigmates pouvaient être somatiques (comme l'altération de la sensibilité par anesthésie ou hyperesthésie) et psychiques. Ce phénomène d'altération de la sensibilité l'intéressa tout particulièrement.

Pour revenir au Japon et aux études de Nakamura (27), celui-ci s'intéressa aussi au lien entre l'hystérie et la possession, et le poussa un peu plus loin. En effet, dans ses premières études de la possession de Saka, il considérait que la personnalité multiple était en fait l'expression ultime de l'hystérie. Par la suite, en 1932, il modéra sa théorie et avança que la personnalité multiple était en fait un symptôme peu fréquent de l'hystérie, dérivant de la haute suggestibilité des patients, de leurs comportements de recherche d'attention, et d'une tendance à la désintégration.

Deux articles (60) (61) s'intéressaient plus particulièrement à la condition de la femme et à la possession. Dans le cadre de ces études et étant donné l'histoire du développement du concept, l'hystérie était citée mais n'était pas la composante majeure de la recherche. Nous les reprendrons donc en aval, lorsque nous parlerons du lien entre le genre féminin et les états de possession.

Bien qu'il existe un lien historique fort entre les concepts d'hystérie et de possession, comme nous venons de le voir, qu'en est-il de la littérature actuelle sur le sujet ?

Il existait bien moins d'articles portant sur des cas récents d'états de possession diagnostiqués comme des cas d'hystérie au sens large : du trouble de la personnalité histrionique, en passant par les troubles de conversions ou les troubles somatoformes.

Il advient de noter que le terme d'hystérie n'est pas employé dans le DSM-V (1). Il n'est cité dans la CIM-X (3) que dans le cadre de "l'hystérie d'angoisse", et de "l'hystérie de conversion" dans les troubles dissociatifs. Le DSM-IV (6) quant à lui ne citait l'hystérie qu'une seule fois dans le cadre du trouble somatisation, comme l'une de ses anciennes dénominations.

Le concept même d'hystérie semble donc avoir presque disparu de la classification américaine.

Une première étude (62) détaillait un cas qui toucha 3 jeunes hommes adultes et 6 adolescentes en 1998. Ils étaient de la même communauté (Embera) en Colombie, et leurs symptômes se manifestaient de la même manière, à savoir des maux-de-tête, des pertes de connaissance, des comportements inhabituels, des convulsions (de type opithophonos), et des visions de démons ou d'animaux.

Les victimes de ces attaques étaient convaincues qu'un chaman Embera leur avait jeté un sort et envoyé le diable ou un démon. Ils firent appel dans leur parcours de soin à des prêtres catholiques, et des médecins (3 adolescentes furent hospitalisées en psychiatrie où elles reçurent des traitements par antipsychotiques). Les attaques continuèrent jusqu'à ce qu'un autre chaman Embera les prenne en charge, entraînant une diminution de la fréquence des crises pour 7 d'entre-eux, et une disparition de celles-ci pour les 2 derniers.

Les auteurs insistaient sur la difficulté de classer cet épisode dans le DSM-IV (6), le terme classique d'hystérie collective n'existant plus, et le classifièrent dans un trouble somatoforme de type conversif, avec Crises Non Épileptiques Psychogènes.

Cette communauté Embera était décrite comme une petite communauté vivant sous l'ombre de la société colombienne, les menaçant de les priver à terme de leurs caractéristiques sociales et culturelles. A ce propos, il était intéressant de noter que, dans leur désarroi, les patients étaient allés chercher de l'aide là où ils le pouvaient, y compris dans des cultures qui n'étaient pas les leurs (via l'église catholique et la médecine "moderne"). Cela montrait pour les auteurs l'ambivalence entre les institutions acculturantes et les résistances ethniques et populaires. Nous développerons la question de l'acculturation plus en détails dans la partie s'intéressant à la fonction discursive de la possession. Quoi qu'il en soit, la prise en charge psychiatrique ne montra pas de résultat dans cette étude de cas, et la prescription de traitements antipsychotiques dans ce contexte hautement psycho-culturel semblait discutable du point de vu de la balance bénéfice/risque. Les auteurs concluaient d'ailleurs :

« Le DSM n'a toujours pas développé une classification appropriée pour les syndromes liés à la culture et la question persiste encore : devrait-on encore essayer de classer de tels syndromes dans notre système nosologique et leur apporter des traitements basés sur notre conception de la maladie ? »

Une autre étude (63), revenait sur le cas d'une hystérie collective dans une famille de 31 personnes en Inde, affectée pendant presque deux décennies à partir de 1980. L'étude se concentrait notamment autour du cas de "RL", un des membres de la famille qui fut traité par la suite pour un trouble bipolaire.

La famille attribua là aussi cet état de possession collective à un guérisseur avec qui ils étaient entrés en conflit, pour des questions de mariage entre familles. Les premiers symptômes apparurent chez la

mère de RL et étaient des douleurs diffuses, une fatigabilité excessive, des indigestions, des insomnies, et des perturbations menstruelles. Aucun des médecins consultés durant les années suivantes ne trouvèrent de causes somatiques à ce tableau clinique. Puis, le mal touchant la famille se répandit à la manière d'une épidémie, atteignant une tante de RL, puis une nouvelle mariée, qui s'écroula le jour de son propre mariage en hurlant de douleur dans un état de semi-conscience. Par la suite, une des sœurs de RL se mit à vomir pendant des mois sans cause retrouvée par les médecins.

Un jour, "RL" se mit publiquement en colère contre les dieux. A la suite de cela, il fit sa première attaque de possession, où il dit avoir été possédé par une déesse à la robe rouge. Quand cette "déesse rouge" fut interrogée par les tradi-thérapeutes, elle finit par donner des instructions rituelles et des prières pour soigner la famille de son mal. En conséquence de quoi, les symptômes présentés se mirent alors à s'améliorer pour la famille entière.

En 1995, RL fut victime d'un état maniaque. Il rentrait en état possession 2h par jour (en plus d'une hyper-activité religieuse, d'une accélération psychomotrice, et d'idées de grandeur). Cet état fut attribué au mariage de RL et passa spontanément.

En 1996, une sœur de RL fit à son tour un épisode maniaque, qui fut interprété comme une manifestation du sort jeté par le guérisseur sur la famille, et elle fut traitée par des moyens traditionnels.

En 1997, RL refit un épisode maniaque, il fut hospitalisé en psychiatrie et diagnostiqué comme souffrant d'un trouble bipolaire.

La fin de ce cas et la posture prise par les soignants étaient particulièrement intéressants. Ils interrogèrent chaque membre de la famille sur leurs croyances et leurs regards à propos de ce qui leur arrivait, y compris à RL et sa sœur. Durant l'hospitalisation, ils autorisèrent à la famille de continuer leurs rituels de médecine traditionnelle parallèlement au traitement médical "moderne". La famille finit par accepter la pathologie de RL et la nécessité d'un traitement, et amena même sa sœur se faire soigner. Les attaques de possession dans la famille (mère et tante de RL, jeune mariée, l'une de ses sœurs), furent comprises par les médecins comme des troubles somatoformes et des attaques dissociatives, mais ces différences dans la conceptualisation du problème que traversait cette famille ne furent pas un obstacle dans la prise en charge du trouble bipolaire de RL et de sa sœur.

On pouvait déduire de cet article plusieurs choses. La première était que d'autres pathologies peuvent être interprétées comme des états de possession, et le cas de RL ainsi que celui de sa sœur en étaient des exemples frappants. Le deuxième point à souligner était l'approche complémentariste de l'équipe soignante qui, bien que traitant les patients pour un trouble bipolaire, autorisa en parallèle la famille à pratiquer des thérapies traditionnelles. On peut alors supposer que cette approche respectueuse et non jugeante de la culture a grandement aidé la famille et les patients dans l'acceptation du trouble et de la prise en charge.

De manière troublante, une autre étude indienne (64) décrivait elle aussi un cas de possession ayant touché 7 membres d'une même famille. Les auteurs voyaient dans ces états des conversions hystériques collectives, causées par un conflit opposant la mère de cette famille à sa belle-sœur. Les états de possession auraient alors eu pour fonction d'exprimer le stress lié à ce conflit, et de rechercher une aide adaptée. La plupart des membres furent traités efficacement par un guérisseur traditionnel, à l'exception de la mère, qui dut se faire hospitaliser aux urgences psychiatriques une nuit pour recevoir un traitement anxiolytique.

Pour rester en Inde, une étude de 1981 (65) se penchait sur une communauté pentecôtiste où les manifestations de possession étaient fréquentes et culturellement admises. Des auteurs précédents (Ward et Beaubrun en 1980) considéraient que les membres possédés de cette communauté présentaient des caractéristiques hystériques avec de nombreuses plaintes psychosomatiques (maux de tête, somnolence, problèmes digestifs, sensation de flou, difficultés familiales et inter-relationnelles).

Un groupe de 20 pratiquants fut examiné avec des questionnaires, 10 se considérant comme possédés, et 10 se considérant comme non possédés. Les questionnaires étaient :

- L'EPI : Eisenck Personality Inventory (pour évaluer la personnalité de manière globale)
- L'échelle de l'hystérie MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

D'après cette étude, les patients atteints de possession avaient des scores d'hystérie et de névrose plus élevés de manière significative que les patients non possédés. Cependant, la très petite taille des deux groupes rendait l'interprétation de ce résultat très peu concluante en termes de niveau de preuves.

Comme nous l'avons vu précédemment (28), les états de possession sont plus facilement diagnostiqués comme des états de possession hystérique en Inde, ce qui explique probablement la plus forte prévalence d'études s'intéressant aux liens entre hystérie et possession dans ce pays.

Il nous faut à nouveau citer les articles de Castillo (8) (9) qui réétudiaient des cas de possession en Asie du Sud-Est autrefois considérés comme des cas d'hystérie, sous le spectre de la dissociation.

Le premier cas étudié était celui de Daya en Inde (1964). Dans ses états de possession, elle était possédée par "Chand Kor", un fantôme qui prenait le contrôle de son corps. En réalité, "Chand Kor" avait été une amie d'enfance de Daya, forcée au suicide par sa famille à cause d'une grossesse pré-maritale. Daya avait eu une autre amie dont une relation pré-maritale s'était soldée par une mort violente (Santara). Celle-ci avait été vue par un de ses camarades de classe en train d'être touchée à la poitrine par un de ses professeurs d'école. En conséquence de quoi, le père de Santara la viola, trancha sa gorge et jeta son corps dans un puits.

Les états de possession de Daya commencèrent à la troisième fois qu'elle vit son mari (le déménagement de la femme vers la maison de l'époux se déroulant selon différentes phases, la troisième étant celle où le déplacement devient permanent et les relations sexuelles fréquentes). Daya avoua aux auteurs de l'époque (les Freed) qu'elle était terrorisée par l'idée d'avoir des relations sexuelles avec son mari. Ces états de possession rendaient toute relation impossible au point de vue intime avec son époux. Pour les Freed, le cas de Daya était un cas classique d'hystérie :

« Ses attaques impliquaient des pertes de connaissance avec frissons et convulsions. Cela se produisait devant une audience, elle tombait inconsciente dans des environnements ne présentant aucun danger physique. Elle se plaignait de symptômes physiques : douleurs dans tout le corps, gonflements d'estomac... Cela dit, elle semblait de bonne humeur et peu concernée par la situation [...] Ses témoignages soulignaient sa peur de la sexualité et une préoccupation au sujet d'épisodes incestueux concernant un père et sa fille et/ou de sévères punitions de la part de la famille, particulièrement venant du père. Les remarques de Daya indiquaient que, en accord avec les analyses d'Abse sur l'hystérie, des tensions et conflits liés à un complexe d'Œdipe sous-tendaient ces états de possession. »

Castillo préférait l'hypothèse d'un psycho-traumatisme en lien avec les décès de ses amis d'enfance, entraînant une séparation de l'esprit et l'apparition d'une co-conscience sous la forme de "Chand Kor" (celle-ci réémergeant pour la protéger des dangers qu'elle percevait liés à la sexualité, comme un mécanisme de protection).

Le deuxième cas était celui de Somavati en 1977, d'abord étudié par Obeyesekere. C'était une jeune femme de 29 ans, habitant au Sri-Lanka et possédée par de nombreux esprits. Elle fut régulièrement battue dès ses 7 ans, après avoir été enlevée par son père à sa grand-mère (qui l'élevait jusqu'alors). Elle se maria jeune pour échapper à sa famille, mais son mari se révéla violent lui aussi. Ses parents

vinrent alors la chercher de force pour la séparer de son époux et la mettre en sécurité. Obeyeseker considéra que cela entraîna une résurgence du traumatisme de sa séparation forcée à ses 7 ans avec sa grand-mère. Elle commença alors à être possédée. Elle présentait des pertes de connaissance, des frissons et tremblements, entendait des voix, puis entraînait dans des états où elle courrait partout, criait, hurlait, menaçait d'attaquer les gens et de les manger. Elle présentait aussi des amnésies de l'épisode. Elle fut notamment possédée par "Mahasona", un démon associé aux violences physiques dans la culture locale.

Pour Castillo, ces épisodes de possession relevaient de la dissociation avec comme traumatismes initiaux les violences vécues durant l'enfance. Mahasona était considérée comme une seconde personnalité ayant pour fonction de la protéger du danger des violences qu'elle vivait au quotidien, et lui permettant d'échapper à l'horreur. C'était pour Castillo ce que certains auteurs appelleraient les personnalités "protectrices". Pour Obeyeseker, cela rentrait dans le spectre de l'hystérie, qui s'exprimait par une rage orale (où les cris et les menaces auraient été une manifestation de la colère infantile liée à un sevrage précoce et une privation d'amour parental), une haine contre ses parents, une agression généralisée et une recherche masochiste.

Obeyeseker s'intéressa aussi à un culte extatique au Sri-Lanka, où des jeunes femmes étaient possédées par "Kalu Kumara" le séduisant prince noir. Il visitait les femmes dans leur sommeil pour avoir des relations sexuelles avec celles-ci. Pour Obeyeseker, ces jeunes femmes "souffraient" de désirs érotiques perçus comme négatifs dans la culture environnante. Le seul moyen pour exprimer ces désirs aurait été la possession par un démon lubrique.

Castillo lui, voyait dans ces états de possession des résurgences de traumatismes sexuels infantiles relevant d'une mémoire dissociative.

Rappelons aussi cette étude en Ouganda (51) qui retrouvait dans l'histoire des troubles de 119 patients souffrants d'états de possession des problèmes physiques, de la fièvre, des maux de tête, des douleurs corporelles, des vomissements, un estomac gonflé ou ulcéré, puis des symptômes sensitivo-moteurs (tels que des pertes de connaissance et des convulsions, ne plus être capable de parler ou de bouger, voir à travers une sorte de brouillard).

Tous ces éléments étaient évocateurs de symptômes retrouvés dans les troubles somatoformes ou les troubles de conversion.

Un article de 1980 (66) décrivait le cas clinique d'un patient chinois de 39 ans présentant des états de possession par des saints (Saint Pierre, Saint Dominique etc...). Les auteurs supposaient que ces possessions étaient liées à l'incapacité du patient à accepter une maladie arrivée dans sa vie un an plus tôt : le diabète. Le patient, présentant une personnalité de type histrionique, se serait senti atteint dans sa masculinité par cette pathologie, en reflet d'une éducation où il était considéré comme faible et efféminé par sa mère. Ces états de possession par des « nobles saints » lui auraient permis de retrouver un sentiment d'amour propre, et de tenter de retrouver une place dans la société. Au-delà de la personnalité histrionique du patient, cette étude supposait aussi que les états de possession pourraient aussi être des mécanismes défensifs face à des pathologies perturbant l'image de soi (telle que le diabète). Cette idée était donc cohérente avec nos observations précédentes sur l'épilepsie.

Enfin, revenons sur cet article (50) étudiant les troubles somatoformes dans une population de femmes en Turquie, et leurs liens avec un passé traumatique. La moitié des 40 femmes présentant un trouble somatoforme rapportaient des expériences paranormales ou des états de possession.

## °°° Conclusion

La possession et l'hystérie partagent une histoire commune qui traverse les siècles, et qui a particulièrement intéressé les auteurs du XVIII<sup>e</sup> siècle jusqu'au début du XX<sup>e</sup>. Charcot, Richet, de la Tourette, Bourneville, Nakamura, Freud, tous s'intéressèrent à la question des états de possession et à son lien avec l'hystérie.

Plusieurs auteurs avançaient l'idée d'une continuité historique, symptomatique et phénoménologique entre les états de possession, de magnétisme (ou somnambulisme), et d'hystérie (notamment sous hypnose), ainsi qu'entre les liens unissant l'exorciste au possédé, le magnétiseur au magnétisé, le thérapeute à l'hystérique.

Les études récentes sur la question étaient en revanche rares, et n'apportaient pas un degré de preuve suffisant quant au lien unissant l'hystérie et les états de possession.

En effet, les études ne possédaient ni la puissance statistique, ni la rigueur méthodologique que nous avons pu retrouver dans les articles portant sur les liens unissant le psycho-traumatisme aux états de possession.

Néanmoins, il convient de garder à l'esprit que le concept même d'hystérie a presque disparu de la classification actuelle (tant dans la CIM-X (3) que dans le DSM-V (1)), et que cela peut expliquer le faible nombre d'études s'intéressant au sujet. De plus, et comme nous l'avons vu en introduction, les théories psychiatriques actuelles gravitant autour des états de la possession reposent bien plus sur un modèle psychiatrique adaptatif (s'inspirant des théories de la dissociation et du psycho-traumatisme) que sur un modèle discursif et plus analytique dans l'approche.

Cependant, on retrouve fréquemment dans le parcours de soin des patients des symptômes évoquant des troubles somatoformes ou des troubles de conversion. Nous avons pu voir dans ce chapitre, comme dans les précédents, nombre de symptômes physiques pour lesquels aucune explication somatique n'avait pu être retrouvée : céphalées, maux de ventre, douleurs diffuses, hypophonie voir impossibilité de parler, paralysies, mouvements anormaux, vomissements et, bien entendu, des convulsions (souvent évocatrices de Crises Non Épileptiques Psychogènes). Ces symptômes sont aussi retrouvés dans une approche plus historique du trouble.

Cela souligne aussi certaines interrogations quant aux classifications actuelles. Comme nous l'avons vu, certains questionnaires vont s'intéresser spécifiquement aux "troubles somatiques dissociatifs" des patients. Ceux répondant positivement à ces tests dépendent-ils alors de la catégorie des troubles dissociatifs ou de la catégorie des troubles somatoformes/de conversion ?

Ces deux catégories diagnostiques doivent-elles être séparées ? Un patient souffrant d'un état de possession manifestant des symptômes de conversion et des symptômes dissociatifs doit-il être considéré comme souffrant de deux troubles psychiatriques différents, ou d'un seul et même phénomène ?

Que dire des patients dont les états de possession se manifestent majoritairement par des symptômes somatiques ou des symptômes d'allure conversive ? Le DSM-V (1) reconnaît lui-même que les troubles conversifs sont souvent associés à des troubles dissociatifs, et que les "Crises Non-Épileptiques Psychogènes et d'autres symptômes de conversion sont prééminents dans certaines présentations du trouble dissociatif de l'identité, particulièrement dans des pays non-occidentaux".

La CIM-X (3), elle, ne prend pas la même direction et considère encore les troubles dissociatifs comme incluant les troubles de conversion.

Les états de possession sont donc passionnants en ce qu'ils viennent se positionner exactement dans ce questionnement.

#### 4/ Conclusion

Cette première partie de la revue de la littérature amène des angles de réflexion intéressants quant à la question de la possession en psychiatrie.

Comme nous l'avons vu, et bien que la classification actuelle du DSM considère les états de possession comme des Troubles Dissociatifs de l'Identité, il n'y a en réalité que peu de preuves quant à la réalité de cette association. Celle-ci reste avant tout une association théorique, remontant jusqu'aux théories de Janet sur la dissociation. Qui plus est, à l'échelle mondiale, ce diagnostic est très peu utilisé et ne parvient pas à remplir son objectif initial d'applicabilité transculturelle. De plus, de nombreuses critiques ont émergé sur cette classification, tant au niveau symptomatique que phénoménologique.

Les états de possession et le psycho-traumatisme bénéficiaient d'une littérature bien plus étoffée, et des liens statistiques significatifs entre les deux étaient retrouvés de manière reproductible dans plusieurs études. La principale critique pouvant être faite était l'angle d'attaque du phénomène, car si le psycho-traumatisme faisait souvent parti des tableaux des patients souffrant d'états de possession, ces mêmes tableaux étaient d'une grande richesse clinique et ne se limitaient pas à cela. De plus, les méthodes de thérapies occidentales ne semblaient pas présenter d'efficacité dans le parcours de soin des patients, au contraire de prises en charge en médecines traditionnelles où la question du psycho-traumatisme n'était jamais abordée directement. Il se posait alors les questions de la causalité (est-ce que le psycho-traumatisme peut être à l'origine d'un état de possession ?) et de la finalité (est-ce que cette association présente une utilité en termes de prise en charge ?).

Enfin, peu d'études portant sur des situations récentes faisaient un lien direct entre l'hystérie et les états de possession. Cela pouvait notamment s'expliquer par une presque disparition du terme "hystérie" de la classification actuelle. En revanche, on retrouvait fréquemment des symptômes de l'ordre des troubles somatoformes et des troubles de conversion dans le parcours des patients. Une littérature importante revenait sur le lien historique qui unit les états de possession et l'hystérie. On retrouvait là aussi une approche très théorique, qui semble avoir petit à petit basculé du côté de la théorie de la dissociation, au point que les troubles de conversion (historiquement liés à l'hystérie) furent séparés des troubles dissociatifs dans le DSM.

Dans tous les cas, la question des états de possession était indissociable de la culture en cours, qu'elle soit populaire ou psychiatrique, les deux s'entremêlant souvent dans un dialogue complexe.

Qui plus est, cette revue de littérature montrait un chevauchement thématique entre possession, psycho-traumatisme, TDI, et hystérie/troubles de conversion. Cela confirmait la nécessité d'aborder la problématique de la possession et de la dissociation sous un angle élargi, et non pas par le seul prisme du TDI.

Que peut-on donc déduire de cette première partie, et que peut-elle apporter dans notre pratique ?

La première conduite à tenir face à un patient décrivant un état de possession semble donc être la prudence au niveau du diagnostic. Ces tableaux sont généralement d'une grande complexité clinique et s'inscrivent dans un contexte socioculturel indissociable du phénomène. Ainsi, le premier risque serait de poser à l'excès le diagnostic d'un Trouble Dissociatif de l'Identité, d'un psycho-traumatisme, d'un trouble conversif ou, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, d'un trouble psychotique (nous avons déjà pu voir que les hallucinations ne sont pas rares, y compris dans des états de possession culturellement admis). À ce propos, une étude japonaise (67) rapportait parfaitement cette difficulté diagnostique, au sujet d'une patiente ayant souffert d'états de possessions suggérés par un vendeur au porte-à-porte. Face à la complexité clinique de cette malade, présentant à la fois des symptômes de troubles somatoformes, des éléments délirants avec hallucinations auditives, des amnésies d'allure dissociative et la conviction d'être possédée, les

médecins la suivant se retrouvèrent en difficulté au moment de nommer son trouble. Pour eux, il pouvait tout aussi bien être posé le diagnostic d'épisode psychotique bref, de trouble dissociatif non spécifié, ou encore de troubles somatoformes.

Ensuite, il peut se poser la question du diagnostic différentiel. Les Crises Non Épileptiques Psychogènes, notamment, semblent fréquentes dans la symptomatologie de ces états, mais il convient d'éliminer une authentique épilepsie.

Il en va de même pour toute présentation de type troubles somatoformes ou troubles conversifs, où des étiologies somatiques doivent être éliminées avant de poser un diagnostic.

Il convient aussi de rechercher dans le parcours du patient des éléments traumatiques, et notamment des traumatismes de guerre ou infantiles. Si de tels éléments sont retrouvés, étant donné l'état de la littérature actuelle, je pense que le traitement doit se fonder avant tout sur la demande du patient. Si celui-ci désire aborder le traumatisme par une psychothérapie, celle-ci doit bien évidemment lui être proposée. Si, par contre, le psycho-traumatisme n'entre pas dans son modèle explicatif du trouble et qu'il n'est pas en demande d'une psychothérapie à ce sujet, je pense qu'il ne faut pas chercher à convaincre le patient de l'utilité de celle-ci.

Au contraire, une approche complémentariste et non jugeante permettant au patient d'explorer d'autres méthodes de traitements plus traditionnelles semble être un puissant moteur de renforcement de l'alliance, en plus de démontrer une efficacité dans la prise en charge du phénomène. Il est donc important de s'intéresser aux modèles explicatifs du sujet, à l'origine qu'il donne à son trouble comme à la façon dont on traite ce type de problèmes dans sa culture.

Il s'agirait alors de ne surtout pas imposer un modèle ethnocentré issu de la psychiatrie moderne et qui aurait fait ses preuves sur les croyances de "l'ancien monde", mais plutôt d'entamer un dialogue où les croyances de chacun, thérapeutes comme patients, peuvent être discutées de manière égale.

### III/ Deuxième partie de la revue de littérature : psychose, schizophrénie et possession

#### A) Introduction :

Lorsque l'on pose la question de la possession à un psychiatre en France, il en ressort souvent, de par mon expérience personnelle, un questionnement autour de la psychose, et majoritairement autour de la schizophrénie.

Cela paraît logique, tant il est fréquent, en pratique clinique, d'être confronté à un patient souffrant d'un trouble psychotique présentant l'aspect d'un délire mystique, voire d'un délire de possession. C'est d'ailleurs le cas de ma propre expérience clinique où, comme je l'expliquais à l'introduction de ce travail de thèse, je fus plus régulièrement confronté à la question de la possession par des patients présentant des pathologies relevant du spectre de la psychose, et tout particulièrement de la schizophrénie.

On pourrait alors se poser la question d'un lien entre la dissociation des troubles dissociatifs et la dissociation que l'on retrouve dans des manuels de psychiatrie concernant la schizophrénie. Si ce terme est aujourd'hui de moins en moins employé, et qu'on lui préfère généralement le terme de désorganisation, il convient néanmoins, étant donné notre sujet d'étude et son lien étroit avec le concept de dissociation, de tenter d'apporter une explication à cette différenciation.

Un article de 1999 (68) s'affairait justement à étudier le concept de dissociation dans la schizophrénie.

En 1908, Bleuler créait le néologisme "schizophrénie" en partant de la "dementia praecox" de Kraepelin. Selon Bleuler :

« La rupture [en allemand : "die Zerreiung"] ou scission ["die Spaltung"] des fonctions psychiques représente le symptôme saillant du groupe dans son ensemble [...] Au plan psychologique, le trouble le plus fondamental paraître un changement dans les associations. Dans la schizophrénie, tout se passe comme si les inhibitions et les cheminements physiologiques avaient perdu leur sens. Les voies usuelles ne sont plus suivies, le fil des idées se perd très facilement dans des travers non familiers et incorrects. Les associations se trouvent dès lors soumises aux influences du hasard, et en particulier aux émotions, ce qui aboutit à une disparition plus ou moins complète du raisonnement logique. En période aigue, les associations sont morcelées en de menus fragments, si bien qu'en dépit d'une excitation psychomotrice préservée, aucune sorte d'action n'est plus possible, parce qu'aucune pensée n'est plus suivie jusqu'à son terme, que toute une variété de pulsions contradictoires subsistent côte à côte, qui ne parviennent plus à être synthétisées en un point de vue affectif ou intellectuel unitaire. »

Bleuler présentait donc la schizophrénie non plus comme une trouble démentiel précoce, mais comme une pathologie psychique entraînant de par son fonctionnement un processus psychopathologique fondamental : la Spaltung, que l'on pourrait traduire par la scission, la division, la dislocation du psychisme, pouvant aller jusqu'à la fragmentation : Zerspaltung.

La traduction du terme Spaltung en France fit couler beaucoup d'encre, passant de dislocation, à désagrégation et enfin dissociation. Probablement que le choix de ce terme fut influencé par l'habitude, les théoriciens de cette époque étant très inspirés des idées Janetiennes sur le concept de la dissociation. En effet, théoriquement, la dissociation se traduirait plutôt en Allemand par Dissoziation.

Ainsi, le concept de Spaltung développé par Bleuler, ne correspondait finalement que peu au concept français de la dissociation issu de Janet, notamment dans le cadre du TDI. Comme nous l'avons vu, la dissociation Janetienne suppose que la personnalité ou l'identité (résultante de la synthèse permanente des flux des sensations, d'émotions, de mouvements, d'idées, de mémorisations, etc., "hiérarchisés", jusqu'à aboutir à cette sensation d'unité psychique) pourrait se "dédoubler", se diviser en des canaux autonomes et ne venant pas altérer la personnalité principale. Ils seraient en quelque sorte des voies alternatives souvent issues de traumatismes, dont la complexité pourrait croître jusqu'à devenir des personnalités à part entière. Mais il n'y aurait pas de rupture des processus fondamentaux et de la cohérence interne globale de la personnalité initiale. Or, comme le théorisait Bleuler, la Spaltung, et plus encore la Zerspaltung, supposent *"qu'aucune pensée n'est plus suivie jusqu'à son terme, que toute une variété de pulsions contradictoires subsistent côte à côte, qui ne parviennent plus à être synthétisées en un point de vue affectif ou intellectuel unitaire"*. Ainsi, il y aurait ici, au contraire de la dissociation Janetienne, une altération des mécanismes qui sous-tendent la cohérence interne de la personnalité, comme disloquée, désagrégée, parfois même dissoute, éclatée.

Schneider (69) souhaitait lui aussi identifier les symptômes fondamentaux de la schizophrénie. Il conclut qu'une composante essentielle résidait en l'incapacité du malade à trouver les frontières entre le soi et le non-soi, et sur une perte du sentiment d'autonomie personnelle. Cela l'amena à développer les symptômes de « premier rang » qui étaient caractérisés par une perte d'autonomie, telle qu'une insertion ou le délire d'être possédé par des forces extérieures. Cette conception de la schizophrénie peut être évocatrice de ces personnalités dividualles que nous avons développées en amont. Ce sont ces personnalités pour lesquelles les frontières entre le soi et le monde extérieur ne sont pas tamponnées à la manière des personnalités individuelles occidentales, où chacun donne à son environnement, comme il peut recevoir en retour, parfois sous la forme d'influence ou de possession. Il convient donc de prendre garde à ces symptômes qui, bien que pouvant être l'expression d'une schizophrénie, peuvent aussi être une conception différente de l'identité et du monde qui nous entoure, fruit d'une culture étrangère à l'Occident.

L'association entre troubles psychotiques, schizophrénie et états de possession semble en théorie logique, et ce sur plusieurs points. Le premier de ces points concerne le syndrome d'influence, qui porte cette idée jusque dans son propre nom, ainsi que dans sa définition, comme explicitée par J. Séglas et L. Barat en 1913:

« phénomènes parasites vécus par le patient avec la conviction d'une action occulte qui dirige ses pensées, oriente ses sentiments, commande tout ou partie de ses actes et de ses comportements : "on me fait parler, on me fait penser, on me fait agir, etc." »

Comment ne pas y voir une définition presque exacte d'un état de possession, où le corps, l'esprit, les émotions, deviennent les vaisseaux d'entités extérieures ?

Qui plus est, comment ne pas imaginer qu'un patient souffrant de productions hallucinatoires invalidantes et envahissantes, victime d'un sentiment d'intrusion massif et anxiogène, ne puisse émettre l'hypothèse d'une force extérieure le malmenant ou tentant de prendre possession de son corps et de son esprit ?

C'est autour de cette réflexion que s'est construite la deuxième partie de cette étude, s'intéressant cette fois au lien unissant la psychose et la schizophrénie aux états de possession.

## B) Méthode :

La recherche a été principalement effectuée sur la base de données PubMed. Les articles aussi été cherchés sur d'autres plate-formes, telles que Researchgate ou Google Scholar.

Les descripteurs MESH utilisés pour cette recherche ont été :

- Spirit possession
- Psychotic Disorders
- Schizophrenia
- Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
- Schizophrenia, Paranoid
- Schizophrenia, Disorganized
- Schizophrenia, Childhood
- Schizophrenia, Catatonic

Dans les articles psychiatriques, le descripteur spirit possession (et les termes qui lui sont liés : Possession, Spirit - Possessions, Spirit - Spirit Possessions - Demonic Possession - Demonic Possessions - Possession, Demonic - Possessions, Demonic - Demon Possession - Demon Possessions - Possession, Demon - Possessions, Demon) est rarement employé. C'est pourquoi j'ai rajouté le simple terme "possession" à la recherche. La recherche formulée sur PubMed était donc la suivante :

("spirit possession" AND "Psychotic Disorders") OR ("spirit possession" AND "schizophrenia") OR ("spirit possession" AND "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders") OR ("spirit possession" AND "Schizophrenia, Paranoid") OR ("spirit possession" AND "Schizophrenia, Disorganized") OR ("spirit possession" AND "Schizophrenia, Childhood") OR ("spirit possession" AND "Schizophrenia, Catatonic") ("possession" AND "Psychotic Disorders") OR ("possession" AND "schizophrenia") OR ("possession" AND "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders") OR ("possession" AND "Schizophrenia, Paranoid") OR ("possession" AND "Schizophrenia, Disorganized") OR ("possession" AND "Schizophrenia, Childhood") OR ("possession" AND "Schizophrenia, Catatonic")

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- L'article devait forcément étudier spécifiquement la question de la possession quel que soit le type de recherche.
- L'article devait forcément lier les états de possession avec les troubles psychotiques ou la schizophrénie.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Tout article non psychiatrique, non anthropologique ou sociologique.
- Les articles où les états de possession n'étaient pas étudiés, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.
- Les articles où les troubles psychotiques ou la schizophrénie n'étaient pas étudiés, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.
- Tout article non en anglais ou en français.
- Les articles s'intéressant principalement aux états de possession considérés comme non pathologiques.

### **C) Résultats :**

Un total de 148 résultats fut retrouvé sur Pubmed. Après lecture des titres et des abstracts, j'éliminais :

- 3 articles issus de journaux religieux (non-psychiatriques ou non-anthropologiques).
- 95 n'étudiant pas spécifiquement la question de la possession, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés. Cela pouvait s'expliquer par l'emploi du mot « possession » dans la recherche. Beaucoup d'articles faisaient en effet référence à la possession de médicaments pour les patients atteints de schizophrénie.
- 9 articles ne concernant pas directement la schizophrénie et les troubles psychotiques, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés.
- 6 articles n'étant ni en anglais, ni en français.

35 articles complets furent donc recherchés.

Parmi ceux-ci, 4 n'ont pas été retrouvés sur les différentes bases de données.

Parmi les 31 articles restants, après lecture complète, j'éliminais :

- 2 articles concernant des états de possession culturellement admis, non-pathologiques.
- 1 un article neurophysiologique.
- 6 articles ne concernant pas directement la schizophrénie et les troubles psychotiques, ou de manière très secondaire aux thèmes abordés

Une étude issue de la première partie de la revue de la littérature de ce travail de thèse fût ajoutée à l'ensemble pour sa pertinence.

23 articles furent donc analysés dans cette deuxième partie de la revue de littérature.

## D) Analyse :

### 1/ Le poids de la stigmatisation : de la durée de psychose non traitée à l'importance des représentations culturelles des proches et des patients

Une première étude (70) s'intéressait à la frontière entre la religion et la psychiatrie sous la forme d'une revue de la littérature narrative, et posait la problématique de la schizophrénie d'une manière particulièrement juste pour la suite de notre réflexion :

« Les patients issus de communautés caractérisées par une haute tolérance pour les délires religieux peuvent être moins stigmatisés, mais cette tolérance peut prolonger la durée de psychose non traitée [duration of untreated psychosis (DUP)] »

Ce premier point était d'une importance capitale : on sait très bien aujourd'hui qu'il est important de traiter au plus vite un épisode psychotique pour en améliorer le pronostic, aussi bien à court terme qu'à long terme.

Certains auteurs avançaient l'idée que les croyances sur la santé influencent largement la DUP (71). De plus, un entourage bienveillant et soutenant est évidemment d'une importance capitale pour le patient et sa qualité de vie.

Ainsi, pour appuyer leurs propos, les auteurs citaient d'autres études dont les chiffres étaient particulièrement parlants :

□ Une revue de littérature étudiant les liens entre possession par les djinns et la psychose avait trouvé que, sur un échantillon de 47 cas cliniques rapportés de possession, 45,2 % de patients étaient atteints de troubles du spectre schizophrénique.

□ À Taïwan, une autre étude de 1998 avait trouvé que 75,6% des premiers épisodes psychotiques allaient chercher de l'aide auprès de chamans dans un premier temps, et que 25% d'entre eux pensaient souffrir de possession.

Une étude menée dans un hôpital (JUSH) du Sud-Ouest de l'Éthiopie en 2010 (72) s'intéressait à 384 nouveaux patients consécutifs, à leurs parcours de soin et modèles explicatifs. Les diagnostics posés les plus fréquents furent un épisode dépressif caractérisé pour 186 participants (48.4%), une schizophrénie pour 55 participants (14.3%) et d'autres troubles psychotiques pour 47 participants (12.2%). La durée médiane entre l'apparition des symptômes et la prise en charge dans l'hôpital était élevée : 52,1 semaines. 135 patients étaient venus directement à l'hôpital (35,2 %), alors que la moitié d'entre eux s'étaient d'abord tournés vers des traitements traditionnels, que ce soit des soignants religieux pour 116 patients (30.2%), ou des herboristes pour 77 autres (20.1%). L'explication la plus communément avancée concernant la pathologie mentale était la possession par des esprits pour 198 patients (51,6%) et le mauvais œil pour 61 d'entre eux (15,9%).

De cette étude, on pouvait tirer plusieurs informations. Des patients atteints de dépression peuvent probablement expliquer leur pathologie via le spectre des états de possession. On retrouvait dans cette étude une vision double de la psychiatrie et des pathologies mentales : 98,7% des participants pensaient que les troubles mentaux pouvaient être soignés, mais seulement 15,9% d'entre eux considéraient que ceux-ci n'étaient pas vus comme honteux par la communauté.

Ainsi, le poids des perceptions de l'environnement concernant la pathologie mentale et la stigmatisation qu'elle entraîne étaient, pour les auteurs, un frein probable à l'accès au soins, de par les sentiments de honte, de culpabilité et de rejet que de telles maladies peuvent malheureusement entraîner. Et cela malgré une croyance en l'efficacité des prises en charges médicales psychiatriques.

On voit donc l'importance de l'avis de la communauté et des proches dans le parcours de soin des patients. Une étude de 2012 (73) s'était employée à analyser les croyances et les attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie, et hospitalisés pour cela dans un service de psychiatrie à Tunis. Le nombre de parents de patients participant à l'étude était de 91, et devaient remplir un questionnaire de 27 items portant sur les étiologies, les symptômes et les possibilités thérapeutiques de la schizophrénie.

Dans les résultats, on se rendait compte que 35 parents (soit 38,5%) pensaient que la schizophrénie pouvait être expliquée par une possession par des djinns. Les causes religieuses étaient impliquées dans 76,9% des cas.

Concernant l'attitude à l'égard des personnes atteintes de schizophrénie, 55 (60,4%) proches considéraient le patient comme dangereux, 77 (84,6%) comme imprévisible, 41 (45,1%) comme indigne de confiance, 21 (23,1%) comme source de honte et 44 (48,4%) considéraient que le patient ne pouvait être considéré comme un ami. 52 proches (57,1 %) croyaient à l'efficacité de la lecture de versets coraniques, 13 (14,3 %) à la pratique de l'exorcisme pour la prise en charge des malades, et 40 (44 %) avaient consulté des tradithérapeutes (avant ou après les consultations en psychiatrie).

Ce modèle explicatif du trouble passant par la religion, les causes surnaturelles ou la possession, pourrait être bénéfique dans le sens où elle débarrasserait le patient et sa famille d'une responsabilité éventuelle dans le développement de la maladie :

« Cette déresponsabilisation pourrait réduire le niveau d'expression émotionnelle intrafamiliale et diminuer le risque conséquent de rechutes. Quant à la famille, ce mode d'explication permettra d'atténuer les sentiments de culpabilité de ses membres qui ne se sentiront plus responsables de la souffrance des malades qui leurs sont chers. D'un autre côté, il a été démontré dans plusieurs cultures que la religiosité peut constituer, pour les aidants naturels de patients atteints de schizophrénie, une stratégie de coping assez efficace pour faire face à la charge imposée par la maladie de leurs proches. »

On voyait donc ici tout le poids de la stigmatisation de la pathologie mentale, et particulièrement dans le cadre de la schizophrénie. Ces stigmates paraissent à ce point importants, que l'on pourrait se demander si, à la place d'un patient expérimentant un épisode psychotique, on ne préférerait pas être vu par ses proches comme un possédé plutôt que comme un malade. L'acceptation de la vulnérabilité liée à une pathologie psychiatrique semble dès lors bien compliquée, et l'accès aux soins psychiatriques d'autant plus.

Une étude proche de celle-ci (74) se penchait sur l'opinion de 22 mères tunisiennes concernant le premier épisode psychotique de leurs enfants. Les auteurs avaient fait passer aux patientes un hétéro-questionnaire avec des items concernant l'attribution de la symptomatologie à une étiologie, les facteurs orientant vers la nécessité d'un traitement psychiatrique, les obstacles rencontrés dans l'initiation de ce dernier, et enfin les suggestions pour la facilitation de l'initiation de ce traitement.

Dans 63,3 % des cas, la possession par « un djinn » était considérée comme l'étiologie principale du trouble, et 95,1 % des mères n'avaient pas suspecté initialement un trouble psychotique chez leur enfant. 45,5% des mères avaient envisagé une cause psychiatrique, mais plutôt de l'ordre de la dépression (pour 75% de celles-ci). 54% des mères avaient consulté un guérisseur traditionnel. La stigmatisation par rapport à l'hôpital de psychiatrie de Razi (unique hôpital psychiatrique de Tunis) et par rapport à la psychiatrie en général était la principale cause de retard dans le recours aux soins (70 %). Il existait d'ailleurs des corrélations significatives entre une DUP longue (supérieure à 6 mois) et une stigmatisation de l'hôpital de Razi ou de la psychiatrie en général (respectivement  $p = 0,04$  et  $0,05$ ). C'était souvent après un échec des tradithérapies (54,5 % des cas) ou après un

débordement des familles par la pathologie et les troubles du comportement des patients (77,3 % des cas) que ces mères s'étaient décidées à faire consulter leurs enfants par des psychiatres.

Une étude de 2007 (75) menée au Sud de l'Inde étudiait une cohorte de 131 patients atteints de schizophrénie recrutés lors de leurs premiers contacts avec des services de psychiatrie :

- L'insight avait été mesuré avec l'échelle SAIE.
- Les modèles explicatifs avaient été explorés avec la Short Explanatory Model Interview (SEMI).
- La psychopathologie avait été analysée par la Brief Psychiatric rating Scale (BPRS) et la Global Assessment of Functioning (GAF).

73,3 % des patients attribuèrent leurs pathologies à de la magie noire et 17,6 % à un état de possession. Bien que l'idée de la magie noire fut ici majoritaire, le pourcentage d'états de possession dans le modèle explicatif restait conséquent en termes de proportions, devant toutes les autres explications, qu'elles aient été psychosociales ou biomédicales (la possession était donc la deuxième étiologie avancée par les patients pour expliquer leurs troubles).

Un point intéressant était que plus de 22 % des patients adhéraient simultanément à des modèles explicatifs différents, et cela rejoignait les données pouvant sembler paradoxales de l'étude éthiopienne (72) décrite précédemment (où la plupart des proches des patients, bien que pensant que les malades étaient victimes de possession, croyaient aussi en l'efficacité de la psychiatrie dans la prise en charge du trouble). Ainsi, des modèles paraissant opposés ne l'étaient peut-être pas nécessairement pour les patients, et pouvaient constituer des sortes de synthèses de plusieurs systèmes, entre la tradition et la psychiatrie.

Enfin, une étude de 2017 menée au Malawi (76) reprenait le constat que la DUP dans ce pays était supérieure à celle des pays à hauts revenus. Les auteurs essayèrent d'en comprendre l'origine en usant d'une méthode exploratoire phénoménologique, et en formant des groupes de discussion autour du sujet. Il y avait au total 6 groupes homogènes, 3 de patients et 3 d'aidants. Les explications prédominantes avancées à la fois par les patients et par les proches étaient celles de la sorcellerie et de la possession par les esprits pour expliquer le trouble. Comme un des aidants le disait :

« La pathologie mentale et la possession par les esprits sont associées ; si la maladie ne montre pas de signe d'amélioration après les danses sur les tambours, alors c'est généralement de la folie (maladie mentale) et non de la possession par les esprits. Et alors seulement le patient ira essayer les hôpitaux de médecine. »

Néanmoins, d'autres modèles explicatifs furent avancés par les patients et les soignants, et témoignaient d'un modèle biopsychosocial non réducteur de la pathologie, avec des causes biologiques ou physiques (cannabis, alcool, hérédité, malaria, épilepsie), psychologiques ("penser trop" à des événements de vie stressant, colère) et socio-culturels (sorcellerie, possession, abandons, malédictions).

Ces groupes de paroles révélaient l'importance des proches dans le parcours de soin du patient, avec une forte tendance à consulter d'abord des guérisseurs traditionnels, comme l'expliquait un aidant :

« Dans les villages, quand quelqu'un devient malade au niveau mental, les gens disent juste qu'il a été ensorcelé ou qu'il est possédé par les esprits des ancêtres de sa famille ; alors les guérisseurs traditionnels sont consultés pour trouver une explication, savoir si la personne est ensorcelée, possédée, ou si la cause est naturelle. »

Un patient disait aussi, pour appuyer l'importance de l'entourage dans le parcours :

« La nature de la maladie requiert que vous ayez un bon système de support, capable de vous amener à l'hôpital; mais si les gens qui vous connaissent bien ne vous y amènent pas alors ça devient une épreuve, car, en tant que patient, vous ne savez pas vraiment ce qu'il se passe. »

Les barrières retrouvées dans la recherche d'aide en hôpital étaient multiples : physiques (peur des effets secondaires des traitements, coût du voyage jusqu'à l'hôpital et distance), psychologiques (croyance en le fait que la maladie mentale ne pouvait pas être traitée, croyance en des mauvais traitements par les équipes médicales, la stigmatisation qu'une hospitalisation entraînerait, la honte, l'attitude des professionnels de santé...) et socio-culturels (notamment au niveau religieux, certaines églises ayant pu apparemment conseiller de ne pas aller se faire traiter en hôpital psychiatrique, ou la croyance que les états de possession ne pouvaient pas être traités par la médecine occidentale) :

« Les gens sont habituellement réticents à une hospitalisation car il y a cette croyance qu'un hôpital ne peut pas soigner une maladie qui est due à l'ensorcellement ou aux esprits. »

Cette idée venait contredire celle retrouvée dans l'étude effectuée en Éthiopie (72) où la majorité des patients pensait que ces troubles pouvaient être traités par la psychiatrie. Il s'agit probablement là d'un exemple de variabilité culturelle dans les représentations et croyances autour de la psychiatrie et de son efficacité.

Une étude de cas de 2016 (77) retraçait le parcours d'une jeune femme afghane de 28 ans, diagnostiquée comme atteinte d'une schizophrénie et traitée par antipsychotiques. Elle était convaincue d'être possédée par des djinns, elle présentait notamment des hallucinations auditives, et un syndrome d'influence. Les auteurs concluaient que l'interprétation de ses symptômes par la patiente avait été influencée par son contexte culturel et familial, notamment au niveau religieux. Cela aurait alors mené à un retard dans la prise en charge. En effet, son mari était lui aussi convaincu que sa femme était possédée par des djinns.

On pourrait penser que ce type de croyance est limité aux pays à faibles revenus, ou "non-Occidentaux". Pourtant, une étude de 2008 (78) s'intéressa à un échantillon de 127 membres de la communauté urbaine afro-américaine issue de la population générale aux États-Unis. Les auteurs leur firent remplir un auto-questionnaire contenant une liste de 30 causes possibles à la schizophrénie. Les 5 causes les plus fréquemment retrouvées étaient les perturbations du cerveau au niveau biochimique (49,6%), l'abus d'alcool et de drogues (42,5%), des facteurs héréditaires (40,9%), des lésions cérébrales (40,2 %) et l'évitement de problèmes de la vie (31,8%). Néanmoins, 28,3% (soit 38 personnes) des sujets pensaient que la schizophrénie pouvait être due à une possession démoniaque.

De même, deux études Suisses (79) (80) se penchèrent sur une population de 343 patients majoritairement religieux (protestants), suivis en ambulatoire dans une clinique psychiatrique Suisse. Ces patients avaient été majoritairement adressés par le clergé, depuis des ateliers sur « la psychiatrie et le conseil chrétien », et la religion était importante pour chacun d'entre eux. 129 patients (37,6%) pensaient que leurs troubles pouvaient être dus à une influence démoniaque et 104 (30,3%) avaient expérimenté des techniques d'exorcisme. Ces croyances étaient majoritaires chez les patients atteints de schizophrénie (54%), mais aussi présentes chez des patients présentant des troubles thymiques dans 29% des cas, des troubles anxieux dans 48% des cas, des troubles de la personnalité dans 37% des cas, et des troubles de l'adaptation dans 23 % des cas.

Ces croyances semblaient être associées à un faible niveau d'éducation, et à des origines rurales. Logiquement, les membres d'églises charismatiques étaient significativement plus exposés à des techniques d'exorcisme dans leur parcours, et notamment les patients présentant une schizophrénie ou un trouble anxieux (dans 70% des cas).

Bien que cette étude s'intéressât à une catégorie particulière de la population Suisse à haute religiosité (qui représenterait 7% de la population Suisse globale), elle venait à nouveau exposer l'importance du contexte culturel et religieux dans la construction de la représentation du trouble par les patients. Pour cette étude, dans le cadre des états de possession, si les patients souffrant de schizophrénie étaient majoritaires, d'autres troubles psychiatriques étaient retrouvés en nombres et proportions non négligeables, ce qui tendrait à nouveau à suggérer que la possession serait un idiome de détresse traversant potentiellement tout le spectre de la psychiatrie moderne.

## 2/ Des exemples cliniques

Il existe de nombreux cas cliniques rapportant des cas de psychoses ou de schizophrénie où se mêle un délire de possession à la symptomatologie. Néanmoins, ces cas viennent encore une fois confronter nos conceptions à une réalité clinique souvent plus riche et variée qu'on ne le pense.

Un premier cas clinique, (81) datant de 1994, pouvait être un indicateur assez fin des difficultés diagnostiques de tels états. En effet, il s'agissait d'un cas indien de « possession par un fantôme résistante à l'exorcisme » qui fut traité par du Clopenthixol. Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans qui s'était retrouvé 9 fois en prison quand - d'après lui en état de possession – il avait commis diverses sortes de délits et mises en danger (vol à l'étalage, vol de voiture, sauter depuis un pont devant un train...).

Durant ses états de possession, le patient restait conscient de son entourage, il présentait une perte du contrôle de son corps et était victime de voix qui commentaient ses faits et gestes, ou qui lui ordonnaient de faire des choses répréhensibles. Il fut d'abord envoyé par sa famille chez un prêtre Hindou, puis Musulman, puis Chrétien. Bien que ces symptômes pussent être évocateurs d'une schizophrénie paranoïde avec délire de possession, hallucinations auditives et automatisme mental, les auteurs restaient incertains sur le diagnostic, hésitant entre une schizophrénie et un trouble dissociatif.

Un traitement par Clopenthixol fut mis en place pour le patient, et une rémission des symptômes persistante à 12 semaines fut constatée. Les auteurs précisaient que l'état de santé du patient fut jugé par les autorités comme étant des « simulacres ».

Le cas de ce jeune homme, ayant été jusqu'à mettre sa vie en danger, et dont les symptômes l'avaient mené de nombreuses fois en prison, nous rappelle le danger que peuvent parfois revêtir les troubles psychotiques. Un cas clinique de 2010 (82) venait témoigner de cette dramatique réalité, et exposait l'histoire d'une patiente atteinte de schizophrénie avec délire de possession. Celle-ci, pour tenter de faire taire les voix des démons, et dans toute son ambivalence psychotique, s'attaqua à sa propre voix en provoquant son décès par asphyxie avec un mouchoir de poche qu'elle avait enfoncé dans sa gorge.

Plus parlant encore était ce cas clinique de 1999 (83), portant sur un patient de 44 ans habitant à Puerto Rico (Alfredo N.), diagnostiqué comme souffrant d'une schizophrénie mais se plaignant d'états de possession s'aggravant avec le temps.

La pathologie d'Alfredo débuta en 1985 quand il commença à manifester des idées de persécution vis-à-vis de son superviseur et de sa femme, qu'il accusait de tenter de lire ses pensées. Il croyait que ses collègues le persécutaient et voulaient lui voler ses pensées, qu'ils étaient jaloux de son intelligence et de sa personnalité. Il fut alors hospitalisé et un diagnostic de schizophrénie paranoïde fut posé.

Avec le temps, la symptomatologie d'Alfredo évolua vers quelque chose de plus inhabituel. Il disait être possédé par des esprits jusqu'à 3 fois par jour. Sa personnalité changeait alors avec des modifications notables de son état de conscience. Ces entités (qu'il disait venir de différents lieux dans le monde) tentaient d'après lui de l'humilier, notamment devant d'autres personnes, ce qui l'amena à limiter au maximum ses contacts sociaux. Alfredo pensait que certains des esprits le possédant étaient ceux de personnes l'ayant molesté ou abusé sexuellement durant son enfance. La symptomatologie s'accompagnait d'une glossolalie qui durait depuis 10 ans, où le patient semblait parler dans les langues inconnues des esprits l'habitant alors. Pendant 10 ans, à partir de 1985, Alfredo fut sous traitements médicamenteux psychotropes (et notamment sous Thioridazine), puis il décida de les arrêter 5 ans. Il tenta en 1990 de se faire exorciser par trois prêtres catholiques et c'est en 1991 qu'un expert en troubles dissociatifs lui diagnostiqua un trouble de la personnalité multiple.

La thérapie d'Alfredo, menée par l'auteur, se déroula en différentes phases mais un des points les plus importants apportés fut peut-être celui-ci :

« Durant notre première année de traitement, mon but primaire était de respecter ses croyances culturelles en les esprits, et d'essayer de traduire ces croyances en un discours différent, l'un de ceux-ci où la glossolalie fut transformée depuis une mauvaise expérience spirituelle vers un don plaisant et bénéfique. »

Alfredo fut diagnostiqué comme souffrant d'un trouble délirant de type persécutoire ET d'un trouble dissociatif non spécifié. Le diagnostic de TDI ne fut pas posé car Alfredo ne manifestait aucune amnésie des faits. L'auteur concluait ainsi :

« Mon point de vue sur ce cas est qu'il y a dix ans, Alfredo commença à souffrir d'un trouble psychotique avec un délire paranoïde. Environ un an après, son délire se compliqua de forts symptômes dissociatifs, compatibles avec les idées de persécution. Finalement, le délire, les états de transe dissociative et de possession se mêlèrent et devinrent interdépendants. »

Ce cas clinique amenait donc une difficulté bien particulière, celle d'un patient souffrant d'un trouble psychotique, mais aussi probablement d'un trouble dissociatif. La différenciation entre dissociation et désorganisation semblait alors primordiale pour pouvoir accompagner ce patient, et son errance thérapeutique témoignait probablement de cette difficulté diagnostique.

Pour faire écho à cette étude, les auteurs d'un article de 1991 (84) firent remplir deux questionnaires à 61 patients d'un hôpital psychiatrique du Massachusetts, et diagnostiqués comme souffrant de psychose chronique. Ces questionnaires étaient le DES (Dissociative Experience Scale) à la recherche de symptômes dissociatifs et le Life Experiences Scale, à la recherche d'un passé traumatique. 25 patients rapportèrent avoir pensé (ou croire encore) être possédés, contre 36 n'ayant jamais eu de telles croyances.

En plus de démontrer la grande fréquence de ce trouble dans cet échantillon de patients psychotiques chroniques, les auteurs retrouvèrent que le groupe des possédés avait un score DES significativement plus élevé et reportaient plus d'abus sexuels pendant l'enfance que le groupe non-possédé.

Malgré le poids statistique peu élevé de cette étude, celle-ci peut porter à s'interroger sur la fréquence de la co-occurrence des troubles dissociatifs et du psycho-traumatisme dans le cadre des troubles psychotiques, et notamment dans les cas des délires de possession.

Une étude récente (85) particulièrement intéressante revenait sur 4 cas de femmes diagnostiquées de psychoses menstruelles à Oman. Bien que cette pathologie ne soit pas reconnue par la CIM-X (3), les auteurs relevaient que dans chacun de ces 4 cas, les épisodes psychotiques semblaient rythmés par les cycles menstruels (trois psychoses prémenstruelles, une psychose cataméniale). Débattre de la réalité de cette pathologie n'est pas l'objet de cette thèse, néanmoins, les auteurs faisaient remarquer que dans chaque cas, la question de la possession et des esprits était abordée par l'entourage pour expliquer les troubles :

- Cas 1 : « Il fut rapporté chez elle approximativement 8 épisodes de possession en un an, avec une occurrence régulière chaque mois. »
- Cas 2 : « La famille attribua sa détresse à des causes ethnopathologiques. Elle fut amenée à un guérisseur herboriste qui recommanda des changements diététiques, des herbes médicinales et attribua son comportement à un esprit maléfique envahissant. »
- Cas 3 : « ils notèrent que la détresse apparaissait périodiquement (approximativement tous les 29 jours) avec des débuts brutaux pendant la pleine lune. Dans la société d'Oman, certains

cycles lunaires sont pensés comme à l'origine de mauvais augures ou de l'apparition d'esprits malveillants. »

□ Cas 4 : « La famille invita un guérisseur traditionnel qui la diagnostiqua possédée par un djinn. »

Enfin, et de manière peut être plus anecdotique, mais soulignant toujours la diversité des présentations, un cas clinique canadien de 1975 (86) présentait l'exemple d'une Folie à Deux concernant une jeune femme de 18 ans et sa mère de 53 ans, toutes deux convaincues d'être possédées. La fille commença à entendre des voix qu'elle attribua à des esprits quatre jours avant l'admission en hospitalisation. Ces voix étaient injonctives, lui ordonnant de voler tout l'argent du monde, avant de le conquérir. Elle présentait aussi des mouvements incontrôlés, les démons pouvant selon elle bouger son bras et diriger certaines de ses actions. Elle était persécutée par ces voix, craignait que celles-ci ne cherchent à la tuer, et présentait aussi un émoussement affectif.

La mère se présenta de manière plus théâtrale, avec une note histrionique. Interrogée séparément de sa fille, elle rapporta des hallucinations auditives identiques à celles de cette dernière. Elle était très angoissée, épuisée, et avait peur à l'idée de faire du mal à autrui sous l'influence des esprits. Le diagnostic posé fut donc celui de Folie à Deux de présentation paranoïde. Il y avait probablement une personnalité histrionique chez la mère. Chez la fille, un diagnostic de schizophrénie fut posé, à la fois sur les critères de Bleuler et de Schneider. Les auteurs concluaient ainsi à propos de la fille :

« Elle était confrontée à de l'hostilité par projection et développa une psychose paranoïde ; puis elle eut besoin du soutien de sa mère et l'invita à accepter son délire en l'expérimentant avec elle. »

### 3/ Différenciation des états de transe à type de possession par rapport à la schizophrénie et étude du risque des pratiques d'exorcismes chez les patients souffrant de troubles psychotiques :

Enfin, quatre dernières études s'intéressaient au lien entre schizophrénie et possession. La première était une étude de 2014 (87) se déroulant dans un lieu de pèlerinage musulman (Mira Datar) à Gujarat en Inde.

Il s'y trouvait un centre (dargah) où, à l'instar du temple de Devi (21), des patients souffrant d'états de possession pouvaient venir se faire soigner ou exorciser. Les gardiens du temple à Mira Datar étaient les « mujavars ». Ils organisaient des rituels privilégiant la voix comme médium de guérison des états de possession.

Un élément très intéressant de cette étude était que des psychiatres se trouvaient aussi à Mira Datar et consultaient régulièrement en parallèle les patients en pèlerinage. On pouvait même y trouver une clinique psychiatrique. Ainsi, les auteurs avaient pu observer des patients diagnostiqués pour une schizophrénie se rendant au dargah et notèrent un point important : les patients atteints de schizophrénie n'expérimentaient pas d'états de transe. Il y avait une distinction clinique assez fine qui s'opérait dans le temple entre les états de possession de patients souffrant de schizophrénie et les autres états de possession.

En effet, entendre des voix est un symptôme souvent mis en avant dans la symptomatologie de la schizophrénie mais, comme nous l'avons vu, c'est une expérience commune dans les états de possession de par le monde, et notamment dans le dargah de Mira Datar. Les pèlerins pouvaient être divisés en trois groupes : le premier groupe était composé de personnes cherchant de l'aide dans des difficultés aiguës, le deuxième de personnes ayant résolu ces difficultés et montrant leur loyauté et gratitude aux saints du temple, et enfin le troisième groupe habitait de manière plus ou moins permanente sur ce lieu de pèlerinage (depuis au moins 5 ans). La plupart des membres de ce dernier groupe étaient des aidants de personnes souffrant de schizophrénie. La plupart de ces aidants étaient des femmes et leurs histoires étaient souvent similaires. Elles expliquaient en effet comment l'apparition de la maladie chez leurs proches avait brisé leurs vies domestiques, maritales, sociales, et leurs espoirs en l'avenir.

Lors des séances d'exorcisme dans le temple, les mujavars invoquaient les esprits par des chants rituels, et tout se déroulait comme dans une cour de justice. Ainsi, en état de transe, la voix des saints s'exprimant à travers les mujavars conversait avec la voix des esprits s'exprimant via les pèlerins. Comme l'expliquait un mujavar :

« Mira Datar met à l'épreuve les esprits en leur demandant pourquoi ils sont entrés dans un corps humain et ont créé des problèmes. Quand un patient vient dans cette cour, l'esprit qui hante son corps doit témoigner devant Datar Bava. Il doit donner son identité, dire d'où il vient et si il a été envoyé par quelqu'un. »

C'est dans ce contexte qu'étaient discernées les voix « pathologiques ». En effet, certains patients comme Chaganlal (dont nous allons détailler l'histoire) et d'autres personnes souffrant de schizophrénie entendaient des voix mais ne pouvaient pas les faire parler durant les rituels de transe. Chaganlal était atteint de schizophrénie et se disait possédé par l'esprit d'un fantôme et d'un djinn. Mais les voix de Chaganlal ne se manifestaient pas de la même manière que pour les autres pèlerins : elles restaient séparées de lui, et parlaient à lui plutôt que à travers lui. Chaganlal fut en partie pris en charge par les psychiatres du lieu de pèlerinage (qui lui donnèrent un traitement par psychotropes) et résidait à Mira Datar avec sa mère depuis 8 ans. Quand sa maladie débuta, il devint une source de honte pour sa famille, et fut surnommé « corps fou » par le voisinage. La famille envisagea alors trois solutions :

- Le placer en hôpital psychiatrique : mais ils eurent peur que leur enfant soit enfermé, qu'on l'oblige à prendre des médicaments, qu'il devienne un légume, qu'on lui fasse des électrochocs etc...
- L'abandonner dans une autre ville et le laisser essayer de subvenir à ses besoins par lui même.
- L'amener dans un dargah.

Comme Chaganlal ne parvint pas à rentrer en transe, il fut placé sous la responsabilité de sa mère dans le temple. Cela en disait long sur les représentations de cette famille autour d'une hospitalisation en psychiatrie. Ils préférèrent une séparation du père et de la mère, ainsi que de la mère et de ses autres enfants, plutôt que de vivre la honte et la « mort sociale » qu'aurait entraîné une hospitalisation en psychiatrie pour Chaganlal. Ce faisant, la position sacrificielle adoptée par la mère de Chaganlal protégeait l'union familiale face à la stigmatisation et à la perte de statut. Au dargah de Mira Datar, et bien que Chaganlal ne pouvait participer aux séances de trances curatives, il trouva à l'instar d'autres patients souffrant de schizophrénie un endroit sûr, le protégeant de la stigmatisation sociale :

« Cela offre une inclusion dans un modèle social alternatif pour tous les exclus du monde des "gens normaux" [...] ils trouvent un refuge dans un univers où l'anormal est la norme »

Cette étude était particulièrement intéressante sur plusieurs points. D'abord, elle montrait un système où les guérisseurs (mujavars) issus d'une médecine traditionnelle, par une étude fine de l'expression symptomatique des "voix", parvenaient à faire la distinction entre différents types d'états de possession. Notamment, ils parvenaient à repérer les patients atteints de schizophrénie. De plus, cet article soulignait à nouveau le poids de la stigmatisation et de la honte de l'entourage dans le parcours du patient. Il montrait un modèle alternatif de soins où le malade se retrouvait dans un milieu non jugeant et sécurisant par rapport à la pathologie. Enfin, il était intéressant de noter qu'un travail psychiatrique était parallèlement proposé aux pèlerins.

Une autre étude (88) cherchait aussi à différencier les trances chamaniques à type de possession et les épisodes psychotiques, par l'étude des premières expériences chamaniques des « baliens » (chamans indonésiens). En effet, cette idée du chaman psychotique fut avancée par de nombreux auteurs (Silverman 1967; La Barre 1970), et y compris Devereux (15) qui s'est intéressé au phénomène de l'appel chamanique. Ainsi, dans son essai sur le normal et l'anormal, on pouvait lire :

« De nombreuses tribus soulignent le caractère douloureux des expériences psychiques qui marquent l'éclosion des pouvoirs chamaniques. »

Devereux (15) considérait que le chaman, bien que « culturellement normal » était soit un névrosé grave, soit un psychotique en état de rémission, nécessitant des soins psychiatriques urgents. Il appuyait cette thèse de la psychose par des exemples de chamans déversant des matériaux psychotiques désorganisés ou présentant des bouffées délirantes. Il affirmait que le chaman avait dans une société le même rôle qu'un enfant psychotique dans une famille, à savoir celui du « fou par procuration » dans une famille souffrant de névrose.

Ainsi, l'article dont nous discutons ici (88) avançait l'idée que l'émergence de la vocation de chaman était différente d'un état psychotique, mais se rapprochait plutôt d'un état de transe. En effet, en interrogeant les chamans baliens, il ressortait qu'une "folie initiale" était rare et n'était rapportée que par 18 baliens sur 108. De plus, ces "folies initiales" ne partageaient pas les critères diagnostiques d'un épisode psychotique bref.

En effet, en reprenant les cas cliniques de 5 baliens, les auteurs se rendirent compte que ceux-ci présentaient en réalité des signes de début précoce, durant l'enfance, avec une évolution sur

plusieurs années, et des expériences hallucinatoires et délirantes. Cette évolution chronique se manifestait typiquement de la sorte :

La personne tombait mystérieusement malade d'un trouble incurable par la médecine occidentale, identifié par des figures d'autorité spirituelle comme une maladie infligée par les esprits. La personne devait alors devenir chaman pour guérir de son affliction. Des manifestations et capacités paranormales commençaient à apparaître (signes du destin, entendre les voix des esprits, clairvoyance etc...), ce qui pouvait être interprété comme des manifestations délirantes et/ou hallucinatoires. La personne était souvent réticente aux premiers abords à devenir chaman (ce qui était d'ailleurs très bien décrit par Devereux (15), certains préférant même se crever les yeux plutôt que de répondre à l'appel). Enfin La personne acceptait son rôle et se formait pour devenir chaman (dans ce cas précis balian) et la maladie s'améliorait.

Une lecture particulièrement éclairante sur ce phénomène était la biographie d'Enkhetuya par Corine Sombrun (89). On y découvrait comment Enkhetuya (enfant d'une famille d'éleveurs de rennes et elle-même fille de chamane), après avoir expérimenté à plusieurs reprises des expériences de clairvoyance, de visions et de communication avec les esprits, attrapa un mal incurable qui l'obligea à abandonner l'école, et qui ne s'améliora qu'une fois sa formation de chamane débutée. Tout cela se passait dans un contexte où le chamanisme était lourdement réprimandé par un état communiste rejetant toutes les pratiques traditionnelles.

Pour en revenir à notre étude, les auteurs évoquaient donc plutôt pour le chaman un tableau qui pouvait être évocateur d'une schizophrénie chronique en rémission (en lien avec le contenu potentiellement délirant chronique, les hallucinations et les troubles du comportement). Cela dit, ils contraient cette hypothèse par le fait que, même après la rémission de la maladie initiatrice (qu'on pourrait appeler avec d'autres "l'appel du chaman"), les hallucinations et les croyances en les esprits ne cessaient pas. Cela était contraire à la présentation d'une schizophrénie en rémission, où le contenu hallucinatoire et délirant diminue, voir disparaît dans le meilleur des cas. Qui plus est, les sujets ne manifestaient pas de désorganisation intellectuelle, affective ou comportementale. En dehors des états de possession, les processus de pensées restaient organisés et logiques. Il n'y avait pas d'attitudes de retrait sociale et le balian conservait des liens sociaux extérieurs, tout en étant un membre reconnu et respecté de sa communauté.

De plus, dans leur trouble initial - et comme nous l'avions vu avec le cas de Dona Sara (30) dans le chapitre sur les TDI et les états de possession -, les expériences de visions et de voix n'étaient pas perçues comme négatives, par contraste avec la schizophrénie où ces expériences hallucinatoires sont souvent effrayantes et menaçantes.

La biographie d'Enkhetuya en apportait un bel exemple, quand elle décrit avec poésie la première fois où, enfant, « l'esprit du soleil » lui glissa une chanson dans la tête qu'elle se mit à chanter avec joie.

Ces deux derniers articles, bien que très théoriques dans l'approche, nous amènent à considérer la difficulté diagnostique des états de possession, et notamment le diagnostic différentiel entre états de transe dissociative et schizophrénie.

Plusieurs pistes étaient amenées à être examinées par les auteurs pour différencier ces états. Dans le cas du chaman, d'un point de vue purement symptomatique et en dehors des états de possession :

- Il ne semble pas qu'il y ait de désorganisation, qu'elle soit intellectuelle, comportementale ou affective.
- Les productions (hallucinations, visions, prémonitions etc...) seraient vécues de manière positive.

- Il ne semble pas y avoir de symptomatologie négative avec replis autistique et retrait social, mais au contraire une bonne intégration communautaire.
- Il existe un parcours menant à l'initiation chamanique caractéristique, avec un début des manifestations vécues comme surnaturelles souvent dans l'enfance.

Dans le cas de la personne atteinte de schizophrénie et disant souffrir de possession, il y aurait une incapacité à rentrer en transe (induite par le chaman), et une tendance à être auditeur passif des voix, sans que celles-ci ne puissent s'exprimer par la voix du patient.

Bien entendu, ces réflexions ne sauraient se substituer à une analyse clinique précise du patient, avec recherche de symptômes caractéristiques de troubles psychotiques ou de schizophrénie. Mais elles peuvent être des éléments auxquels se référer en cas de doute diagnostique.

Un autre article de 2001 (90) étudiait le lien possible chez des patients âgés et atteints de schizophrénie entre des pratiques de guérisons spirituelles et un risque éventuel de rechute. En effet, dans le cadre d'un délire à type de possession, la question que l'on pourrait se poser serait de savoir si de telles pratiques pourraient "nourrir" le délire et entraîner de potentielles rechutes. Cette étude se déroulait en Égypte, à partir d'un échantillon de 40 patients de plus de 60 ans atteints de schizophrénie dans un hôpital psychiatrique privé. Parmi ceux-ci, 20 étaient connus pour avoir reçu des traitements spirituels antérieurs, et 20 n'en avaient jamais reçu.

L'étude retrouvait qu'une association pourrait exister entre les pratiques de guérisons spirituelles (dans le cadre très précis de la schizophrénie du sujet âgé), avec un risque relatif de rechute 3,8 fois supérieur pour les patients recevant ces traitements par rapport au groupe contrôle ( $p < 0,05$ ). Cela dit, le faible effectif de l'étude réduisait fortement la force de cette association, et il était difficile de savoir si les rechutes commençaient avant ou après les guérisons spirituelles.

Cela étant dit, le risque de rechute semblait être encore plus augmenté dans le cadre des pratiques d'exorcismes (ou *zār*) avec un risque relatif 4,3 fois supérieur ( $p = 0,01$ ) que dans le groupe contrôle.

Un autre cas clinique (91) était peut-être plus parlant. Il s'agissait d'une étude de 2011 portant sur une patiente de 28 ans, diagnostiquée et traitée depuis 5 ans pour schizophrénie. Sa prise en charge fut, d'après les auteurs, compliquée par des exorcismes récurrents dans une église de Madrid, perturbant l'adhésion au traitement et l'insight de patiente. Les auteurs expliquaient avoir tenté de contacter le diocèse pour expliquer la fragilité de la malade et sa problématique clinique, mais disaient avoir été surpris de se voir répondre que le cas de la patiente était bel et bien dû à une présence maléfique.

Les auteurs concluaient que les professionnels religieux devraient se former à la psychologie et orienter les patients en cas de besoin.

Néanmoins, de même qu'on ne peut demander à un psychiatre d'entamer un travail spirituel avec un patient, il paraît compliquer de demander à un professionnel religieux de faire un travail de diagnostic et d'orientation clinique. Un dialogue serein avec échange mutuel semblerait donc bien plus adapté.

Cet article démontrait les difficultés qui peuvent survenir dans la création de cet échange, tout en soulignant la nécessité de celui-ci.

#### 4/ Conclusion

Il est fréquent, en clinique, de rencontrer des patients atteints de schizophrénie et disant souffrir d'un état de possession.

En premier lieu, la littérature fait état du poids social de la psychose et de la schizophrénie, à la fois pour les patients et pour leurs proches. Les malades souffrant de ces pathologies sont souvent victimes d'une stigmatisation importante, qui est un frein à la prise en charge en milieu psychiatrique et augmente la durée de psychose non traitée.

Les patients sont souvent vus comme dangereux, imprévisibles, indignes de confiance et d'amitié, sources de honte.

Dans ce contexte, le fait de souffrir d'un état de possession semble généralement moins être source d'exclusion que le fait de souffrir d'une pathologie mentale. Au contraire même, la possession pourrait avoir une fonction culturelle protectrice et entraîner des attitudes bienveillantes de l'entourage.

Ainsi, comme le décrivait très bien Ali Aouattah (92) dans son livre portant sur l'ethnopsychiatrie maghrébine, et particulièrement au Maroc :

« Le malade exprime ses hallucinations et ses délires comme si il s'agissait de quelque chose de banal, n'éprouvant aucune gêne à formuler sa problématique conflictuelle en termes culturels de possession et de sorcellerie [...] Le rôle du délire, en tant que discours qui cherche à établir une communication, un dialogue empêchant l'individu de sombrer dans l'aliénation, une protection contre une désorganisation plus profonde de la personnalité, fonctionne pleinement ici. »

Si il est essentiel de pouvoir compter sur l'entourage du patient dans le cadre de la prise en charge de son trouble, il l'est tout autant qu'il puisse recevoir au plus vite un traitement psychiatrique efficace pour lutter contre ses symptômes psychotiques.

Pour cela, un dialogue ouvert et respectueux semble à nouveau être nécessaire entre les autorités religieuses et les psychiatres. Certains articles, comme celui portant sur le dargah de Mira Datar, semblaient démontrer qu'une telle collaboration était possible, et que les soigneurs traditionnels font parfois démonstration d'une finesse clinique surprenante. De plus, ceux-ci ont parfois une importance non négligeable dans la prise en charge du patient. Pour citer à nouveau Ali Aouattah :

« Le délire, en tant que défense socialisée contre l'angoisse massive résultant des ruptures avec les signifiants culturels, accède à un statut institutionnel et social par l'intervention ultérieure du praticien traditionnel. Nous verrons que le rôle de celui-ci consiste à donner un nom à l'angoisse diffuse aussi bien pour le sujet que pour la collectivité. »

Néanmoins, d'autres études, comme celle portant sur le cas de cette jeune femme possédée à Madrid, témoignaient de difficultés possibles à établir un tel dialogue entre professionnels de la santé et de la religion.

De nombreux articles faisaient états de cas cliniques divers et variés, démontrant si il le faut encore que la schizophrénie et les troubles psychotiques sont des pathologies aux présentations multiples, y compris dans les cas de possession.

La question des troubles comorbides, et notamment des troubles dissociatifs et du psycho-traumatisme, revenait par deux fois. En effet, si les états de possession peuvent s'inscrire dans le cadre des troubles dissociatifs au sens large, ainsi que dans celui des troubles psychotiques, il semblerait qu'ils puissent aussi s'inscrire dans des tableaux mixtes.

Un état possession chez un patient souffrant de troubles psychotiques ou de schizophrénie ne dispense donc pas d'une recherche de psycho-traumatismes (notamment infantiles) et de troubles dissociatifs.

Enfin, certains articles appelaient à la prudence diagnostique et rappelaient que tout état de transe ou de possession n'est pas un trouble psychotique par défaut. Pour appuyer cette idée et finaliser cette conclusion, une étude réalisée au Pays-Bas en 2018 (93) analysait la fréquence d'attribution des troubles psychiatriques par des djinns dans une population de patients ambulatoires musulmans. Sur ces 49 patients, et quelle que soit la pathologie, 21 exprimaient avoir déjà été victimes de djinn et 41 (87,2%) rapportaient avoir vécu des expériences hallucinatoires. On se rend donc bien compte ici, que les états de possession ne sont pas l'apanage des troubles psychotiques.

#### **IV) Fonction discursive des états de possession**

Au cours de ce travail de thèse, nous avons pu observer une partie des états de possession via le spectre de la pathologie psychiatrique.

Plus nous avons avancé, et plus nous avons constaté la variété étonnante de ces états, et la difficulté apparente à les relier à un seul type de pathologie. Et pourtant, nous n'avons encore à mon sens qu'effleuré le problème. La question qui n'a réellement cessé de me « hanter » durant ce travail était celle de la fonction discursive :

Que vient nous exprimer un patient disant souffrir de possession ? Que nous dit-il de sa souffrance qu'il ne peut exprimer autrement ?

En effet, comme une étude l'exprimait avec justesse (94) :

« Les esprits ont l'avantage de ne pas être liés par les limites habituelles »

J'ai ainsi pu me rendre compte que certaines problématiques revenaient régulièrement. Celles-ci ne s'intégraient pas dans un cadre nosologique précis, mais plutôt dans l'expression de souffrances en lien avec les environnements culturels, sociaux, familiaux, et religieux.

Deux sujets revenaient en particulier quant à la fonction discursive de la possession : la condition de la femme et l'acculturation.

## **A) La possession comme moyen d'expression de la condition de la femme de par le monde**

Comme nous l'avons vu, plusieurs articles exploraient spécifiquement des populations féminines par rapport à la question de la possession.

Une idée souvent avancée était celle que les états de possession seraient un moyen pour les femmes d'exprimer leur condition dans un environnement qui ne le leur permet habituellement pas.

Peut-être une des références les plus anciennes à cela se retrouve dans le cas de possession collective des sœurs de Loudun, en France (1632-1638).

L'histoire de la possession des sœurs de Loudun (31) (55) aurait commencé en 1632, quand deux sœurs du couvent (la sœur Jeanne des Anges et la sœur Marthe de Sainte-Monique) eurent une vision la même nuit du 22 septembre d'un « homme drapé » demandant de l'aide. Les deux sœurs furent frappées deux jours plus tard par un esprit sous la forme d'une sphère noire. Elles commencèrent alors à entendre des voix, ressentir des coups qui leur étaient portés, et furent saisies d'éclats de rires incontrôlables. Le phénomène s'étendit comme par contagion à la plupart des autres sœurs du couvent, qui souffrirent de crises de convulsions et de comportements irrationnels. Des exorcismes publics (et c'est là un point très intéressant) furent pratiqués devant des observateurs venant de toute l'Europe. Enfin, le prêtre de Loudun, Urbain Grandier, fut condamné au bûcher pour crimes de sorcellerie. Les exorcismes continuèrent jusqu'en 1638.

Des centaines de livres et d'essais furent écrits sur la possession de Loudun, et de nombreux psychiatres et théoriciens (Jung, Charcot, de la Tourette, Foucault, de Certeau...) s'intéressèrent à ce cas si particulier pour dresser des théories, allant de l'hystérie collective à la dissociation, en passant par la psychose collective induite.

Devenues mondialement connues, ayant vécu des exorcismes publics devant des spectateurs venus de l'Europe entière, ayant donné lieu à des débats traversant les siècles : la possession des sœurs de Loudun leur a aussi donné un moyen d'expression qu'elles n'auraient jamais pu atteindre autrement, dans une société où la parole de la femme avait encore une valeur anecdotique.

« Bien que les femmes fussent amenées enchaînées sur les scènes construites dans la cathédrale [Où se déroulaient les exorcismes], dès que les diables étaient invoqués, elles étaient libres physiquement et verbalement de se moquer et de lutter avec leurs exorcistes masculins. Mais dès que le rituel d'exorcisme et le spectacle publique prenait fin, l'autorité patriarcale de l'église et le pouvoir de la cour se réaffirmait. »

La sœur Marie Jeanne des Anges put même publier ses mémoires (sous-titrés bien plus tard dans une édition annotée par Gilles de la Tourette lui-même « Autobiographie d'une Hystérique Possédée », et dédiée à Charcot).

Le dernier prêtre exorciste de la Sœur Marie Jeanne des Anges fut le père Surin avec qui elle put, durant les séances de possession, utiliser un vocabulaire érotique qui lui était normalement interdit, parlant de « ravissement » et de « jouissance » dans un contexte où cela lui était rendu possible. Il était particulièrement intéressant de noter que le père Surin pria pour que les esprits possédant la sœur le possèdent lui-même, et l'état de la sœur s'améliora à mesure que celui du prêtre se dégrada. Il en arriva même au point de tenter de se suicider.

Plusieurs études faisaient état de la souffrance des femmes, et je pense notamment à cet article (50) qui étudiait une population féminine souffrant de troubles somatoformes en Turquie, et qui retrouvait une proportion non négligeable de psycho-traumatismes, d'épisodes dépressifs, de troubles borderlines et d'états de possession. L'étude constatait l'oppression de genre que pouvaient vivre

certaines de ces femmes : des abus sexuels durant l'enfance, un arrêt précoce de l'école, des mariages arrangés alors que la personne était encore mineure (facilitant alors des mécanismes d'oppression par la famille étendue). Le mariage de ces filles mineures était d'ailleurs un facteur prédictif de l'apparition de troubles somatoformes.

On peut aussi citer ces femmes en Mozambique que nous avons étudiées dans le chapitre portant sur le psycho-traumatisme (46), qui avaient pour la plupart vécues des viols et des tortures en temps de guerre, et qui se faisaient posséder par les *magamba* (esprits de soldats morts au combat). Là encore, via les pratiques d'exorcisme, il y avait une mobilisation de l'entourage et un soutien de la communauté qui écoutait les requêtes de l'esprit possédant la patiente, et une négociation était amorcée pour l'apaiser et réparer la ou les fautes commises.

Il y a aussi bien sûr le concept de l'hystérie qui, comme nous l'avons vu, possède un lien historique fort avec la possession. Or, comme le soulignait une étude (60), le phénomène de possession était vu à travers la lentille de l'hystérie et, malgré des tentatives d'étendre ce concept aux hommes, cette idée restait profondément associée dans sa construction, dans son histoire, et même dans son étymologie au genre féminin. Ainsi, de Certeau écrivait à propos de la possession :

« Par malchance, le corps possédé est essentiellement féminin. »

Certaines études (60) (61) tentaient même un retour historique sur ces pathologies spécifiquement attribuées au genre féminin et leurs évolutions, depuis la suffocation de l'utérus ("pathologie" qui était parfois liée à des états de possession) jusqu'aux maladies "nerveuses". Celles-ci ont pu au cours de l'histoire, porter différents noms : tarentisme, hystéralgie, hystéro-épilepsie, neurasthénie, nervosité, névrose hystérique, et bien sûr possession démoniaque. Les auteurs de la deuxième étude (61) argumentaient que ces conceptions étaient à l'origine d'une perception des femmes comme physiologiquement ainsi qu'émotionnellement fragiles et imprévisibles. Ces idées seraient encore ancrées aujourd'hui dans l'imaginaire collectif culturel mais aussi médical. En un sens, ces représentations contribueraient donc à enfermer les femmes dans une vulnérabilité psycho-organique suggérée depuis la naissance, les limitant tant dans leurs choix de vie, que dans leurs possibilités d'expression.

Deux études (31) (94) s'intéressaient au culte *Zār* au Soudan. Celui-ci était décrit comme un autre exemple parlant de culte extatique avec états de possession, concernant particulièrement les femmes stigmatisées, dans une région du monde où elles subissaient parmi les mutilations génitales les plus extrêmes existantes (excision, retrait des lèvres externes et suture de l'ouverture génitale en ne laissant qu'un petit trou pour laisser passer le sang des menstruations). Plusieurs auteurs suggéraient que ces états de possession étaient une manière d'exprimer le traumatisme lié à ces mutilations infantiles (vécues entre 7 et 9 ans). Comme souvent dans les rituels d'exorcisme, la femme possédée rentrait en transe et était alors habitée par un « esprit gardien » avec lequel un dialogue était établi par le guérisseur et les proches, permettant ainsi un médium d'expression et de reconnaissance sociale.

On repense bien sûr aussi aux cas de possession réétudiés par Castillo en Asie du Sud-Est (9), et notamment à la possession de Daya en Inde. Celle-ci était terrifiée par la sexualité après avoir assisté au décès par suicide et par homicide de deux de ses amies ayant expérimenté des relations sexuelles avant le mariage. Ses états de possession lui permettaient probablement d'éviter toute relation intime avec son mari. Il y avait aussi le cas de Somavati, victime de violences tant dans son enfance que dans son mariage. Peut-être est-ce I.M Lewis (anthropologue britannique) qui, en 1989, apportait la meilleure conclusion de cette sous-partie :

« Il est à présent clair, je pense, que nous avons à faire à une interprétation spirituelle répandue des problèmes féminins communs à de nombreuses cultures, dont le diagnostic et le traitement donnent aux femmes des moyens (matériels et non matériels) qu'elles ne pourraient pas obtenir autrement de manière sécurisée. Ces femmes font une vertu spéciale de l'adversité et de l'affliction, et, souvent presque littéralement, tirent profit de leur détresse. »

## **B) La possession comme expression de l'acculturation**

Un thème récurrent dans les articles traitant de la possession et de la psychiatrie était celui de l'acculturation.

Ainsi, Devereux (15) parlait de tribus apaches en voie de désintégration où le chaman pouvait emprunter à l'ethos tribale aborigène des solutions à ses conflits névrotiques, ce qui le rendait en quelque sorte anachronique :

« Par contre, le non-chaman qui n'a plus accès aux anciennes coutumes est, du point de vue psychologique, à la dérive. C'est pourquoi "être chaman" – qui constitue une névrose – remplit pour le névrosé apache précisément les mêmes fonctions organisatrices de l'ensemble de la personnalité que celles que j'ai attribuées, il y a longtemps, aux névroses et aux psychoses stabilisées. »

On voyait donc ici la valeur organisatrice et stabilisatrice de la culture et des médecines traditionnelles.

Mais qu'advient-il lorsqu'une personne se retrouve par la force des événements, des guerres, des migrations, des changements de régimes politiques, des colonisations, privée de ses repères culturels ?

Une étude (28), étudiait cette question par le prisme de l'agentivité. L'agentivité pourrait se définir comme la capacité que possède un individu à agir, à faire quelque chose dans un monde qui lui appartient. Les auteurs la définissaient comme "la perception d'une propriété de l'action (pensées, comportements, émotions, communication) qu'une personne expérimente".

Ainsi, dans certains cas de possessions, il pourrait y avoir un "déplacement de l'agentivité" résultant des phénomènes d'acculturation. En effet, on ne peut concevoir une possibilité d'agir sur le monde sans concevoir ce monde en question, et donc l'interrelation entre le sujet et son environnement. Or, si l'environnement d'un individu se retrouvait profondément bouleversé, il serait alors privé de cette faculté d'interaction avec son monde, de sa "propriété de l'action".

Certains auteurs avançaient alors que les états de possession seraient liés au niveau de rigidité sociétale, et qu'ils offriraient une voie d'expression d'émotions et de pensées qui ne pourraient pas se manifester autrement. Cela rejoignait notre réflexion sur la possession et le genre féminin, en y intégrant de manière générale toute personne privée de son statut, qui déplacerait son agentivité en usant des états de possession.

On pourrait résumer cette pensée en avançant que les grands dépossédés, via les états de possession, trouveraient un moyen de posséder à nouveau une place, une possibilité d'action sur un monde qui ne leur en laissait plus que guère.

Qui plus est, nous avons vu en amont avec les concepts de dividualité et d'individualité (20) (21) que la conception même de ce qu'est une personnalité variait selon les cultures. Il est alors facile d'imaginer la détresse d'une personne qui se retrouverait confrontée à un monde remodelant non seulement son agentivité habituelle, mais aussi les fondements même de sa personnalité.

Ainsi, une revue de littérature (11) retrouvait l'acculturation comme un des modèles étiologiques les plus fréquemment avancés par les psychiatres pour expliquer les états de transe dissociative à type de possession (allant de la migration d'un pays à un autre, à la migration de la campagne vers la ville et aux conversions religieuses).

Pour les auteurs de cette étude, l'acculturation offrait un des cadres de compréhension les plus spécifiques des états de possession comme étant un "moyen fiable d'obtenir de l'aide, en considérant qu'il s'agit là d'un moyen universel d'expression de détresse".

Les auteurs mettaient donc en garde - en s'appuyant sur des résultats qu'ils avaient obtenus en France - sur les risques d'erreurs de diagnostics chez les patients immigrants, et notamment quand se rajoutait la difficulté supplémentaire d'une famille absente, privant ainsi le thérapeute d'un éclairage culturel essentiel à la compréhension globale de la problématique de la personne.

Selon cette étude, la compréhension de ces états, et leurs diagnostics éventuels, ne sauraient se faire sans une évaluation préalable des bénéfices secondaires possibles, et sans une exploration des modèles socio-culturels du patient.

Une étude (94) faisait le lien entre trois syndromes liés à la culture avec états de possession et la colonisation. Il s'agissait du culte Zār au Soudan (en réaction à l'occupation ottomane et britannique) de l'attaque de nervios à Puerto Rico (mise en relation avec les relations décrites comme coloniales avec les États-Unis par les auteurs), et le latak (dans des villages post-coloniaux indonésiens). Dans les trois cas de figure, ces troubles concernaient plutôt les femmes, ce qui concordait avec le chapitre précédent, et ces syndromes liés à la culture avaient lieu dans des pays au passé colonial conséquent. Une chose particulièrement intéressante à noter était que ces états de possession pouvaient prendre des formes très évocatrices de ce passé, dans des formes de satires des figures colonisatrices. Ainsi, les femmes possédées durant les cérémonies Zār revêtaient des vêtements emblématiques de l'armée britannique pour augmenter le pouvoir des esprits. Certains des esprits avaient même les noms de généraux anglais. Pour ces femmes doublement opprimées (de par leur genre et leur statut de colonisées), les auteurs argumentaient qu'il était possible que ces états de possession aient en fait été un moyen de récupérer une forme de pouvoir et d'influence.

Mais peut être l'exemple le plus parlant ne se trouvait-t-il pas dans la littérature, mais dans un reportage de 1957 (95) Par Jean Rouch : « *Les maîtres fous* » (...), autour de la secte des Haouka, à Accra au Ghana. Cette secte y était montrée comme principalement composée de travailleurs venant des campagnes et se retrouvant dans ces nouvelles grandes villes. Tous les dimanches soir, les adeptes se livraient à des cérémonies où ils appelaient "les dieux nouveaux", "les dieux de la technique", "les dieux de la ville". Par le rythme et les danses, les membres rentraient les uns après les autres dans des états de transe avec possession, là encore satires des systèmes coloniaux. On retrouvait ainsi des hommes possédés par les esprits du "Caporal de garde" (qui se brûlait avec des torches pour prouver qu'il n'était plus un homme), de "Gerba" (le conducteur de locomotive), de "Captain Malia" (qui marchait en faisant le slow march, la marche de parade de l'armée britannique), de "Madame Locotoho" (la femme du Docteur), du "Lieutenant Malia", du "Gouverneur" (qui parlait français), du "Général", du "Secrétaire Général", du "Conducteur de camions", du "Commandant méchant", et enfin de "Madame Salma", la femme du Lieutenant Salmon (un des premiers officiers français à être venu au Niger). On voyait notamment cette-dernière porter la robe et le casque colonial, en inspectant la statue du gouverneur.

Tous ces possédés organisaient des conférences en "round table" durant la cérémonie, et on les voyait sacrifier un chien en rituel, avant d'en boire le sang à même la gorge, le cuisiner et le manger.

L'article sur l'épisode de possession collective des Emberas en Colombie (62), était aussi un témoignage du phénomène d'acculturation. Les Emberas étaient une petite communauté, confrontée dans son histoire à des violences politiques, et à des conflits générationnels importants (notamment sur le sujet de la migration des zones rurales vers les zones urbaines). Les auteurs décrivaient comment, dans la détresse que ces possessions engendraient, les victimes de ces états avaient fait appel dans leur parcours de soin à des chamans traditionnels, un prêtre, des "guérisseurs chrétiens", des "spirituels" et des psychiatres. Les auteurs concluaient d'ailleurs :

« Les différentes options thérapeutiques choisies dans ce cas sont caractéristiques d'une société multiculturelle riche en contacts inter-ethniques. Les tentatives d'exorciser les esprits diaboliques par

le prêtre catholique renforcèrent leur conviction d'une cause spirituelle et illustraient la confrontation ambivalente entre des institutions acculturantes et la résistance ethnique et populaire. »

Enfin, et de manière plus anecdotique, on peut citer le film de fiction « *His House* » (96) (Remi Weekes), retraçant l'histoire d'un jeune couple ayant fui les horreurs de la guerre au Soudan du Sud vers l'Angleterre, et qui va se retrouver hanté et possédé dans son logement social.

Ce film, du genre horrifique, traitait avec une finesse assez remarquable notre sujet, en racontant en substance l'histoire de personnes ayant vécu des psycho-traumatismes multiples (guerre, traversée de la méditerranée, décès de leur fille...) se retrouvant dans un contexte d'acculturation totale, sans plus de rôle ni d'influence dans la société, et expérimentant des états de possession. On pourrait donc interpréter ce film comme une lecture des états de possession par le prisme du psycho-traumatisme et de la perte d'agentivité des personnes en situation d'acculturation.

L'une des forces de l'œuvre était, en nous montrant le point de vue de ses protagonistes, de nous faire expérimenter un sentiment de malaise diffus où tout devenait étranger et menaçant, dans un monde ("une maison") qui n'était visiblement plus celui des personnages.

### **C) Conclusion**

Il ressortirait donc de cette revue de littérature, et comme le pensaient Seligman et Kirmayer (10), qu'il y aurait effectivement une composante discursive dans les états de possession.

Cette composante serait alors, dans certains cas, un moyen d'exprimer une détresse qui ne pourrait pas l'être autrement. On comprend donc que ces troubles puissent toucher préférentiellement les opprimés, les laissés-pour-compte, ceux dont l'agentivité et la personnalité même seraient remises en question par le système socio-culturel dans lequel ils évoluent.

Deux populations avaient donc été étudiées de manière logique : celles des femmes et des personnes vivant un phénomène d'acculturation. Mais plus largement, on peut se poser la question de l'adaptabilité d'une telle réflexion à toutes les victimes d'un système oppressif et rigide, stigmatisant, laissant peu de place à la personnalité d'un sujet : que ce soit pour des questions de religion, de genre, de sexualité, d'opinion politique, d'âge, de philosophie... Ou encore de pathologies (comme nous l'avons vu avec les patients atteints de schizophrénie, encore victimes d'une forte stigmatisation, allant jusqu'à perturber le parcours de soin).

## **V Discussion**

Le sujet des états de possession et de la psychiatrie est extrêmement vaste, et je ne m'attendais pas, en débutant ce travail de thèse, à ce que le lien les unissant soit si fort et riche.

La tentative du DSM-V (1) de placer ces états dans une sous-catégorie d'une pathologie aussi rarement diagnostiquée que le Trouble Dissociatif de l'Identité ne semblait pouvoir être que vouée à l'échec, en regard de la fréquence et de l'histoire des états de possession, des différences phénoménologiques et symptomatologiques entre ces deux entités, et du manque de preuves justifiant d'une telle classification.

Effectivement, cette revue de littérature tendrait à démontrer que cette classification, loin de parvenir à une adaptabilité transculturelle, serait au contraire ethnocentrée, et très peu utilisée en pratique.

Nous avons néanmoins pu voir qu'il existait un lien entre les états de dissociation au sens large (incluant donc le psycho-traumatisme, le concept d'hystérie, les troubles somatoformes et les troubles de conversion) et les états de possession. Cette association était particulièrement notable et significative dans le cas des psycho-traumatismes, et un lien historique indéniable avec les TDI ? l'hystérie, et les troubles de conversions était retrouvé.

Cela étant dit, réduire les états de possession aux seuls troubles dissociatifs pose à mon sens différents problèmes.

Le premier de ceux-ci est que les symptômes dissociatifs sont plus présents dans la très grande majorité de la population psychiatrique que dans la population générale.

Ainsi, une étude récente de 2016 (17) avait conduit une méta-analyse concernant la Dissociative Experience Scale appliquée à de nombreux troubles psychiatriques :

trouble bipolaire, troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles obsessionnels compulsifs, trouble panique, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives, schizophrénie, troubles du comportement alimentaire, troubles somatoformes, trouble de l'usage de l'alcool, addiction aux jeux, anorexie mentale, troubles de dépersonnalisation/déréalisation, troubles conversifs, trouble de la personnalité borderline, Épisode de Stress Post-Traumatique, troubles dissociatifs et trouble dissociatif de l'identité.

Les résultats avaient un poids statistique important, avec 216 articles étudiés pour 15 219 patients, avec un intervalle de certitude fixé à 95 %.

Cette étude retrouvait des scores de dissociation avec une moyenne allant de 14,8 (pour le trouble bipolaire) à 48,7 (pour le trouble dissociatif de l'identité). Or, d'après d'autres études récentes, les scores DES de la population générale seraient compris entre 8 et 11,6.

Les auteurs concluaient donc que :

« La variété des troubles mentaux dont la moyenne des scores de dissociation se situe entre 15 et 25 est clairement en faveur du fait que l'expérience dissociative est un phénomène psychopathologique ubiquitaire et non spécifique. D'un point de vue clinique, ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation attentive des symptômes dissociatifs, et pas seulement chez les patients présentant des troubles liés au psycho-traumatisme ou des troubles dissociatifs. »

Ainsi, penser les états de possession uniquement comme des reflets de symptômes dissociatifs reviendrait malgré tout à affirmer que la possession est potentiellement comorbide de toutes les autres pathologies psychiatriques.

La question se pose alors de savoir si les états de possession pourraient véritablement s'intégrer dans une classification diagnostique psychiatrique de manière spécifique.

Et effectivement, le deuxième problème dans cette conception des états de possession est qu'on les retrouve fréquemment dans des pathologies qui n'appartiennent pas au spectre même élargi des troubles dissociatifs. Nous avons pu voir des états de possession comorbides d'épisodes dépressifs, de troubles anxieux, de troubles de l'adaptation, de troubles bipolaires, de troubles de la personnalité, de troubles de la consommation d'opiacés et, bien sûr de schizophrénie.

C'est là le troisième problème que j'aimerais souligner avec la classification actuelle. Il n'existe pas d'étude s'intéressant à large échelle à la fréquence des états de possession en fonction des différentes pathologies psychiatriques. Néanmoins, je suggère qu'il est tout à fait possible que l'une des populations psychiatriques les plus touchées par cette conviction d'être possédé soit celle des patients atteints de schizophrénie, et non celle des patients souffrant d'un Trouble Dissociatif de l'Identité.

Qui plus est, si tant est que la possession puisse être résumée à un trouble dissociatif, aucune étude ne semblait démontrer d'implications thérapeutiques au niveau psychiatrique. Il ressortait en revanche une nécessité d'être à l'écoute ainsi que dans une attitude non jugeante par rapport aux systèmes de croyance des patients, et d'accepter de ceux-ci qu'ils puissent se référer, en parallèle, à des thérapies traditionnelles souvent vécues comme efficaces.

Enfin, au niveau phénoménologique, nous avons vu voir que les mécanismes en cours dans les états de possession viennent bousculer les conceptions de la personnalité, de l'individualité et de l'agentivité dans des contextes culturels précis.

Cette revue de la littérature faisait état d'un lien entre la schizophrénie et les états de possession. Cela posait d'autres problèmes, et le premier de ceux-ci était celui de la durée de psychose non traitée. En effet, si la première partie de cette thèse s'intéressait au lien entre la possession et la dissociation ne retrouvait pas d'implications thérapeutiques nettes au diagnostic, ce n'était pas le cas pour le lien unissant ces états à la schizophrénie (et plus particulièrement dans le cadre des premiers épisodes psychotiques brefs). On sait effectivement qu'une prise en charge psychiatrique précoce des décompensations psychotiques limite les risques de rechutes ou de chronicisation des troubles.

Il ressortait de cette revue une forte stigmatisation des patients atteints de schizophrénie, qui freinait drastiquement l'accès au soin. Les états de possession semblaient généralement culturellement bien mieux admis que la pathologie mentale, et il était donc logique que bon nombre de patients passent en premier lieu par les circuits de soins traditionnels.

Là encore, une attitude bienveillante et un échange semble nécessaire, avec le patient comme avec les guérisseurs traditionnels, chamans, exorcistes... Il pourrait être intéressant de leur proposer un travail parallèle dans le cas de patients ne relevant pas en premier lieu de soins traditionnels, notamment dans le cadre de la schizophrénie. Ce dialogue pourrait être une piste pour permettre une réduction de l'errance diagnostique et thérapeutique des patients atteints troubles psychotiques présentant un délire de possession, ou dont l'entourage attribue les troubles à ces états.

Un exemple très intéressant est celui du diocèse Toulousain où, avant de rencontrer un prêtre exorciste, la personne se présentant pour un état de possession sera d'abord vu par des sœurs ayant reçu une formation en psychologie. Puis, elle sera potentiellement vue par une psychiatre missionnée par le diocèse qui orientera alors les soins vers une prise en charge en psychiatrie ou vers des rituels traditionnels catholiques avec un prêtre exorciste.

Enfin, la dernière partie de cette thèse ouvrait le sujet de la possession, et sortait de la classification diagnostique pour évoquer la fonction discursive de tels états. Il semblait que la possession soit, de par le monde, un idiome de détresse universel commun aux différentes populations stigmatisées, opprimées, privées de leur agentivité, et particulièrement les femmes et les personnes vivant des situations d'acculturation.

Cette thèse est, à ma connaissance, la seule revue de littérature ayant abordé le sujet des états de possession et de la psychiatrie de manière aussi globale, les autres études restant généralement dans le spectre d'une conception théorique ou diagnostique précise orientant la recherche.

La lecture de tous ces articles fut pour moi une occasion de voyager de par le monde et les cultures, et d'ouvrir ma conception de la médecine au domaine de l'ethnopsychiatrie. La découverte d'autres modèles explicatifs aux troubles psychiques, d'autres parcours de soins, d'autres tableaux cliniques et d'autres moyens de prise en charge me permit de remettre en cause certaines de mes idées préconçues et de mes certitudes. Car la psychiatrie, comme toutes les disciplines médicales ou scientifiques, n'est finalement qu'une culture parmi une infinité d'autres, et nulle culture ne saurait prétendre connaître tous les secrets de l'esprit humain... Que celui-ci soit possédé ou non.

Vu le président  
du jury. le 8/03/21.



Vu et permis d'imprimer le :

15.03.2021

E. SERRANO,  
Doyen de la Faculté de Médecine  
Toulouse Rangueil



## Bibliographie :

- (1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
The diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.  
Washington, American Psychiatric Association, 2013
- (2) McNamara, Patrick  
Spirit Possession and Exorcism: History, Psychology, and Neurobiology (Brain, Behavior, and Evolution) Volume 1 & Volume 2  
Westport, Praeger, 2011
- (3) CIM-X FR Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes  
Lyon, Atih, 2019
- (4) Collectif (auteur)  
Grand Larousse Illustré 2021  
Paris, Larousse, 2021
- (5) Collectif (auteur)  
Le Robert Illustré et son dictionnaire en ligne 2021  
Paris, Le Robert, 2020
- (6) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
The diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.  
Washington, American Psychiatric Association, 2000
- (7) Brown RJ, Cardeña E, Nijenhuis E, Sar V, van der Hart O.  
Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V?  
Psychosomatics. 2007 Sep-Oct;48(5):369-78. doi: 10.1176/appi.psy.48.5.369.
- (8) Castillo RJ.  
Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 1: Theoretical background.  
Cult Med Psychiatry. 1994 Mar;18(1):1-21. doi: 10.1007/BF01384875.
- (9) Castillo RJ.  
Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 2: Case histories.  
Cult Med Psychiatry. 1994 Jun;18(2):141-62. doi: 10.1007/BF01379447.
- (10) Seligman R, Kirmayer LJ.  
Dissociative experience and cultural neuroscience: narrative, metaphor and mechanism. Cult Med Psychiatry.  
2008 Mar;32(1):31-64. doi: 10.1007/s11013-007-9077-8.
- (11) During EH, Elahi FM, Taieb O, Moro MR, Baubet T.  
A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues.  
Can J Psychiatry. 2011 Apr;56(4):235-42. doi: 10.1177/070674371105600407.
- (12) Pierre Flor-Henry, Yakov Shapiro & Corine Sombrun  
Brain changes during a shamanic trance: Altered modes of consciousness, hemispheric laterality, and systemic psychobiology,  
Cogent Psychology, 2017, 4:1, 1313522, DOI: 10.1080/23311908.2017.1313522.
- (13) Gosseries O, Fecchio M, Wolff A, Sanz LRD, Sombrun C, Vanhaudenhuyse A, Laureys S.  
Behavioural and brain responses in cognitive trance: A TMS-EEG case study.  
Clin Neurophysiol. 2020 Feb;131(2):586-588. doi: 10.1016/j.clinph.2019.11.011.
- (14) Seligman R.  
From affliction to affirmation: narrative transformation and the therapeutics of Candomblé mediumship. Transcult Psychiatry. 2005 Jun;42(2):272-94. doi: 10.1177/1363461505052668.

- (15) Georges DEVEREUX  
Essais d'ethnopsychiatrie générale  
Paris, Gallimard, 1977
- (16) Espirito-Santo H, Pio-Abreu JL.  
Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders.  
Aust N Z J Psychiatry. 2009 Mar;43(3):270-6. doi: 10.1080/00048670802653307.
- (17) Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N.  
Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale.  
Am J Psychiatry. 2018 Jan 1;175(1):37-46. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010025.
- (18) Ross CA.  
Possession experiences in dissociative identity disorder: a preliminary study.  
J Trauma Dissociation. 2011;12(4):393-400. doi: 10.1080/15299732.2011.573762.
- (19) Peter B.  
On the history of dissociative identity disorders in Germany: the doctor Justinus Kerner and the girl from Orlach, or possession as an "exchange of the self".  
Int J Clin Exp Hypn. 2011 Jan;59(1):82-102. doi: 10.1080/00207144.2011.522908
- (20) Varma VK, Bouri M, Wig NN.  
Multiple personality in India: comparison with hysterical possession state.  
Am J Psychother. 1981 Jan;35(1):113-20. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1981.35.1.113.
- (21) Padmanabhan D.  
From distress to disease: a critique of the medicalisation of possession in DSM-5.  
Anthropol Med. 2017 Dec;24(3):261-275. doi: 10.1080/13648470.2017.1389168.
- (22) Adityanjee, Raju GS, Khandelwal SK.  
Current status of multiple personality disorder in India.  
Am J Psychiatry. 1989 Dec;146(12):1607-10. doi: 10.1176/ajp.146.12.1607.
- (23) Ferracuti S, Sacco R, Lazzari R.  
Dissociative trance disorder: clinical and Rorschach findings in ten persons reporting demon possession and treated by exorcism.  
J Pers Assess. 1996 Jun;66(3):525-39. doi: 10.1207/s15327752jpa6603\_4.
- (24) Sar V, Alioğlu F, Akyüz G.  
Experiences of possession and paranormal phenomena among women in the general population: are they related to traumatic stress and dissociation?  
J Trauma Dissociation. 2014;15(3):303-18. doi: 10.1080/15299732.2013.849321.
- (25) Ross CA, Schroeder E, Ness L.  
Dissociation and symptoms of culture-bound syndromes in North America: a preliminary study.  
J Trauma Dissociation. 2013;14(2):224-35. doi: 10.1080/15299732.2013.724338.
- (26) Somer E, Ross C, Kirshberg R, Bakri RS, Ismail S.  
Dissociative disorders and possession experiences in Israel: a comparison of opiate use disorder patients, Arab women subjected to domestic violence, and a nonclinical group.  
Transcult Psychiatry. 2015 Feb;52(1):58-73. doi: 10.1177/1363461514552584.
- (27) Wu YC.  
Seeking double personality: Nakamura Kōkyō's work in abnormal psychology in early 20th-century Japan.  
J Hist Behav Sci. 2020 Oct;56(4):258-277. doi: 10.1002/jhbs.22045.
- (28) Bhavsar V, Ventriglio A, Bhugra D.  
Dissociative trance and spirit possession: Challenges for cultures in transition.  
Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Dec;70(12):551-559. doi: 10.1111/pcn.12425.

- (29) Van Duijl M, Cardeña E, De Jong JT.  
The validity of DSM-IV dissociative disorders categories in south-west Uganda.  
*Transcult Psychiatry*. 2005 Jun;42(2):219-41. doi: 10.1177/1363461505052666.
- (30) Delmonte R, Lucchetti G, Moreira-Almeida A, Farias M.  
Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian religion.  
*J Trauma Dissociation*. 2016 May-Jun;17(3):322-37. doi: 10.1080/15299732.2015.1103351.
- (31) Stephenson C.  
The epistemological significance of possession entering the DSM.  
*Hist Psychiatry*. 2015 Sep;26(3):251-69. doi: 10.1177/0957154X14562748.
- (32) van Duijl M, Kleijn W, de Jong J.  
Are symptoms of spirit possessed patients covered by the DSM-IV or DSM-5 criteria for possession trance disorder? A mixed-method explorative study in Uganda.  
*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Sep;48(9):1417-30. doi: 10.1007/s00127-012-0635-1.
- (33) Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M.  
Dissociative disorders in DSM-5.  
*Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:299-326. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531.
- (34) Alexander PJ, Joseph S, Das A.  
Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India.  
*Acta Psychiatr Scand*. 1997 Mar;95(3):177-82. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09617.x.
- (35) Saxena S, Prasad KV.  
DSM-III subclassification of dissociative disorders applied to psychiatric outpatients in India.  
*Am J Psychiatry*. 1989 Feb;146(2):261-2. doi: 10.1176/ajp.146.2.261.
- (36) Kim I, Kim D, Jung HJ.  
Dissociative Identity Disorders in Korea: Two Recent Cases.  
*Psychiatry Investig*. 2016 Mar;13(2):250-2. doi: 10.4306/pi.2016.13.2.250.
- (37) William Friedkin  
The Exorcist  
1973, Hoya productions
- (38) Bozzuto JC.  
Cinematic neurosis following "The Exorcist". Report of four cases.  
*J Nerv Ment Dis*. 1975 Jul;161(1):43-8. doi: 10.1097/00005053-197507000-00005
- (39) Ballon B, Leszcz M.  
Horror films: tales to master terror or shapers of trauma?  
*Am J Psychother*. 2007;61(2):211-30. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.211.
- (40) Kenny MG.  
Multiple personality and spirit possession.  
*Psychiatry*. 1981 Nov;44(4):337-58. doi: 10.1080/00332747.1981.11024122.
- (41) Hecker T, Braitmayer L, van Duijl M.  
Global mental health and trauma exposure: the current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession.  
*Eur J Psychotraumatol*. 2015 Nov 19;6:29126. doi: 10.3402/ejpt.v6.29126.
- (42) Hecker T, Barnewitz E, Stenmark H, Iversen V.  
Pathological spirit possession as a cultural interpretation of trauma-related symptoms.  
*Psychol Trauma*. 2016 Jul;8(4):468-76. doi: 10.1037/tra0000117. Epub 2016 Mar 31.

- (43) van Duijl M, Nijenhuis E, Komproe IH, Gernaat HB, de Jong JT. Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. *Cult Med Psychiatry*. 2010 Jun;34(2):380-400. doi: 10.1007/s11013-010-9171-1.
- (44) Neuner F, Pfeiffer A, Schauer-Kaiser E, Odenwald M, Elbert T, Ertl V. Haunted by ghosts: prevalence, predictors and outcomes of spirit possession experiences among former child soldiers and war-affected civilians in Northern Uganda. *Soc Sci Med*. 2012 Aug;75(3):548-54. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.028.
- (45) Ertl V, Pfeiffer A, Saile R, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Validation of a mental health assessment in an African conflict population. *Psychol Assess*. 2010 Jun;22(2):318-24. doi: 10.1037/a0018810.
- (46) Igreja V, Kleijn W, Richters A. When the war was over, little changed: women's posttraumatic suffering after the war in Mozambique. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Jul;194(7):502-9. doi: 10.1097/01.nmd.0000228505.36302.a3.
- (47) Riley A, Varner A, Ventevogel P, Taimur Hasan MM, Welton-Mitchell C. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcult Psychiatry*. 2017 Jun;54(3):304-331. doi: 10.1177/1363461517705571.
- (48) Schaffler Y, Cardena E, Reijman S, Haluza D. Traumatic Experience and Somatoform Dissociation Among Spirit Possession Practitioners in the Dominican Republic. *Cult Med Psychiatry*. 2016 Mar;40(1):74-99. doi: 10.1007/s11013-015-9472-5.
- (49) Al-Adawi S, Al-Kalbani Y, Panchatcharam SM, Al-Zadjali MA, Al-Adawi SS, Essa MM, Qoronfleh MW. Differential executive functioning in the topology of Spirit possession or dissociative disorders: an explorative cultural study. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 2;19(1):379. doi: 10.1186/s12888-019-2358-2.
- (50) Taycan O, Sar V, Celik C, Erdogan-Taycan S. Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Compr Psychiatry*. 2014 Nov;55(8):1837-46. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.08.052.
- (51) van Duijl M, Kleijn W, de Jong J. Unravelling the spirits' message: a study of help-seeking steps and explanatory models among patients suffering from spirit possession in Uganda. *Int J Ment Health Syst*. 2014 Jun 9;8:24. doi: 10.1186/1752-4458-8-24.
- (52) Henri F. Ellenberger  
Histoire de la découverte de l'inconscient  
Chap : « Les ancêtres lointains de la psychothérapie dynamique »  
Paris, Fayard, 1994
- (53) Spanos NP, Gottlieb J. Demonic possession, mesmerism, and hysteria: a social psychological perspective on their historical interrelations. *J Abnorm Psychol*. 1979 Oct;88(5):527-46. doi: 10.1037//0021-843x.88.5.527.
- (54) Westerink H. Demonic possession and the historical construction of melancholy and hysteria. *Hist Psychiatry*. 2014 Sep;25(3):335-49. doi: 10.1177/0957154X14530818.
- (55) Stephenson CE. The possessions at Loudun: tracking the discourse of dissociation. *J Anal Psychol*. 2017 Sep;62(4):544-566. doi: 10.1111/1468-5922.12336.
- (56) Glaser GH. Epilepsy, hysteria, and "possession". A historical essay. *J Nerv Ment Dis*. 1978 Apr;166(4):268-74. doi: 10.1097/00005053-197804000-00005.

- (57) Goncalves VP, Ortega F.  
A nosology for supernatural phenomena and the construction of the 'possessed' brain in the nineteenth century.  
*Hist Cienc Saude Mangunhos*. 2013 Jun;20(2):373-90. Portuguese. doi: 10.1590/S0104-59702013005000004.
- (58) Art and Disease: I. Possession or Hysteria.  
*Hospital (Lond 1886)*. 1894 Jan 6;15(380):214.
- (59) Art and Disease: II. Possession or Hysteria.  
*Hospital (Lond 1886)*. 1894 Jan 20;15(382):256.
- (60) Brogan B.  
His Belly, Her Seed: Gender and Medicine in Early Modern Demonic Possession.  
*Representations (Berkeley)*. 2019 Summer;147(1):1-25. doi: 10.1525/rep.2019.147.1.1.
- (61) Cayleff SE.  
'Prisoners of their own feebleness': women, nerves and Western medicine--a historical overview.  
*Soc Sci Med*. 1988;26(12):1199-208. doi: 10.1016/0277-9536(88)90152-9.
- (62) Piñeros M, Rosselli D, Calderon C.  
An epidemic of collective conversion and dissociation disorder in an indigenous group of Colombia: its relation to cultural change.  
*Soc Sci Med*. 1998 Jun;46(11):1425-8. doi: 10.1016/s0277-9536(97)10094-6.
- (63) Mattoo SK, Gupta N, Lobana A, Bedi B.  
Mass family hysteria: a report from India.  
*Psychiatry Clin Neurosci*. 2002 Dec;56(6):643-6. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.01069.x.
- (64) Sethi S, Bhargava SC.  
Mass possession state in a family setting.  
*Transcult Psychiatry*. 2009 Jun;46(2):372-4. doi: 10.1177/1363461509105828.
- (65) Ward C, Beaubrun MH.  
Spirit possession and neuroticism in West Indian Pentecostal community.  
*Br J Clin Psychol*. 1981 Nov;20(4):295-6. doi: 10.1111/j.2044-8260.1981.tb00530.x.
- (66) Cramer M.  
Psychopathology and shamanism in rural Mexico: a case study of spirit possession.  
*Br J Med Psychol*. 1980 Mar;53(1):67-73. doi: 10.1111/j.2044-8341.1980.tb02870.x.
- (67) Satoh S, Obata S, Seno E, Okada T, Morita N, Saito T, Yoshikawa M, Yamagami A.  
A case of possessive state with onset influenced by 'door-to-door' sales.  
*Psychiatry Clin Neurosci*. 1996 Dec;50(6):313-6. doi: 10.1111/j.1440-1819.1996.tb00571.x.
- (68) Bottéro. A  
Une histoire de la dissociation schizophrénique  
*Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 1999, 6 : 7-14
- (69) Andreasen NC.  
The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future.  
*Schizophr Res*. 1997 Dec 19;28(2-3):105-9. doi: 10.1016/s0920-9964(97)00112-6.
- (70) Ventriglio A, Bonfitto I, Ricci F, Cuoco F, Bhavsar V.  
Delusion, possession and religion†.  
*Nord J Psychiatry*. 2018 Sep;72(sup1):S13-S15. doi: 10.1080/08039488.2018.1525639.
- (71) Haley CJ, Drake RJ, Bentall RP, Lewis SW.  
Health beliefs link to duration of untreated psychosis and attitudes to later treatment in early psychosis.  
*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003 Jun;38(6):311-6. doi: 10.1007/s00127-003-0636-1.

- (72) Girma E, Tesfaye M. Patterns of treatment seeking behavior for mental illnesses in Southwest Ethiopia: a hospital based study. *BMC Psychiatry*. 2011 Aug 22;11:138. doi: 10.1186/1471-244X-11-138.
- (73) Bouhlel S, Ben Haouala S, Klibi A, Ghaouar M, Chennoufi L, Melki W, El-Hechmi Z. Évaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *Encephale*. 2013 Jun;39(3):165-73. French. doi: 10.1016/j.encep.2012.06.012.
- (74) Bourgou S, Halayem S, Bouden A, Halayem MB. Opinion des mères tunisiennes concernant le premier épisode psychotique de leur enfant *Encephale*. 2012 Dec;38(6):473-9. French. doi: 10.1016/j.encep.2012.01.012.
- (75) Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Belief models in first episode schizophrenia in South India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Jun;42(6):446-51. doi: 10.1007/s00127-007-0186-z.
- (76) Chilale HK, Silungwe ND, Gondwe S, Masulani-Mwale C. Clients and carers perception of mental illness and factors that influence help-seeking: Where they go first and why. *Int J Soc Psychiatry*. 2017 Aug;63(5):418-425. doi: 10.1177/0020764017709848.
- (77) Guthrie E, Abraham S, Nawaz S. Process of determining the value of belief about jinn possession and whether or not they are a result of mental illness. *BMJ Case Rep*. 2016 Feb 2;2016:bcr2015214005. doi: 10.1136/bcr-2015-214005.
- (78) Compton MT, Esterberg ML, Broussard B. Causes of schizophrenia reported by urban African American lay community members. *Compr Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;49(1):87-93. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.07.003.
- (79) Pfeifer S. Demonic attributions in nondelusional disorders. *Psychopathology*. 1999 Sep-Oct;32(5):252-9. doi: 10.1159/000029097.
- (80) Pfeifer S. Belief in demons and exorcism in psychiatric patients in Switzerland. *Br J Med Psychol*. 1994 Sep;67 ( Pt 3):247-58. doi: 10.1111/j.2044-8341.1994.tb01794.x.
- (81) Hale AS, Pinninti NR. Exorcism-resistant ghost possession treated with clopenthixol. *Br J Psychiatry*. 1994 Sep;165(3):386-8. doi: 10.1192/bjp.165.3.386.
- (82) De Donno A, Marrone M, Santoro V, Ostuni A, Cassano A, Grattagliano I, Introna F. A singular case of asphyxia by choking on a handkerchief: accidental event or suicide to "shut-up" spirits. *Clin Ter*. 2017 Sep-Oct;168(5):e293-e296. doi: 10.7417/T.2017.2023. PMID: 29044350.
- (83) Martínez-Taboas A. A case of spirit possession and glossolalia. *Cult Med Psychiatry*. 1999 Sep;23(3):333-48. doi: 10.1023/a:1005504222101.
- (84) Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. The delusion of possession in chronically psychotic patients. *J Nerv Ment Dis*. 1991 Sep;179(9):567-71. doi: 10.1097/00005053-199109000-00009.
- (85) Al-Sibani N, Al-Maqbali M, Mahadevan S, Al-Huseini S, Al-Muzeni M, Al-Adawi S. Psychiatric, cognitive functioning and socio-cultural views of menstrual psychosis in Oman: an idiographic approach. *BMC Womens Health*. 2020 Sep 29;20(1):215. doi: 10.1186/s12905-020-01060-z.

- (86) Kiraly SJ.  
Folie a Deux. A case of "demonic possession" involving mother and daughter.  
Can Psychiatr Assoc J. 1975 Apr;20(3):223-7. doi: 10.1177/070674377502000309.
- (87) Basu H.  
Listening to disembodied voices: anthropological and psychiatric challenges.  
Anthropol Med. 2014 Dec;21(3):325-342. doi: 10.1080/13648470.2014.928095.
- (88) Stephen M, Suryani LK.  
Shamanism, psychosis and autonomous imagination.  
Cult Med Psychiatry. 2000 Mar;24(1):5-40. doi: 10.1023/a:1005528028869.
- (89) Corine Sombrun  
Les Esprits de la steppe : Avec les derniers chamanes de Mongolie  
Paris, Albin Michel, 2012
- (90) Salib E, Youakim S.  
Spiritual healing in elderly psychiatric patients: a case-control study in an Egyptian psychiatric hospital.  
Aging Ment Health. 2001 Nov;5(4):366-70. doi: 10.1080/13607860120080323
- (91) Tajima-Pozo K, Zambrano-Enriquez D, de Anta L, Moron MD, Carrasco JL, Lopez-Ibor JJ, Diaz-Marsá M.  
Practicing exorcism in schizophrenia.  
BMJ Case Rep. 2011 Feb 15;2011:bcr1020092350. doi: 10.1136/bcr.10.2009.2350.
- (92) Ali Aouattah  
Ethnopsychiatrie Maghrébine  
Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc  
Paris, L'Harmattan, 1993
- (93) Lim A, Hoek HW, Ghane S, Deen M, Blom JD.  
The Attribution of Mental Health Problems to Jinn: An Explorative Study in a Transcultural Psychiatric Outpatient Clinic.  
Front Psychiatry. 2018 Mar 28;9:89. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00089.
- (94) Hegeman E.  
Ethnic syndromes as disguise for protest against colonialism: three ethnographic examples.  
J Trauma Dissociation. 2013;14(2):138-46. doi: 10.1080/15299732.2013.724340.
- (95) Jean Rouch  
Les maîtres fous  
France - 1955
- (96) Remi Weekes  
His house  
BBC Films ; New Regency Productions ; Starchild Picture, 2020

---

**ÉTATS DE POSSESSION ET PSYCHIATRIE :  
UNE RÉFLÉXION PSYCHIATRIQUE TRANSCULTURELLE, NOSOLOGIQUE ET  
PHÉNOMÉNOLOGIQUE**

---

**RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :**

Le but de cette thèse est d'explorer les liens qui unissent les états de possession avec la psychiatrie, en s'appuyant sur une réflexion globale ethnopsychiatrique, nosologique et phénoménologique. En effet, il est relativement fréquent de rencontrer des patients exprimant souffrir de tels états, mais les aspects cliniques, phénoménologiques et la classification de ceux-ci ne font pas l'objet d'un consensus scientifique.

Une revue de littérature étudiera en détail l'association de la possession avec la dissociation au sens large (trouble dissociatif de l'identité, troubles de stress post-traumatiques, hystérie, troubles de conversion), les troubles psychotiques et la schizophrénie. La fonction discursive de ces états sera aussi analysée.

---

**TITRE EN ANGLAIS : SPIRIT POSSESSION AND PSYCHIATRY : A TRANSCULTURAL, NOSOLOGICAL AND PHENOMENOLOGICAL PSYCHIATRIC REFLECTION**

**RÉSUMÉ EN ANGLAIS :**

The aim of this thesis is to explore the links that unite spirit possession with psychiatry, based on a comprehensive ethnopsychiatric, nosological and phenomenological reflection.

Indeed, it is relatively frequent to meet patients expressing to suffer from such conditions, but the clinical aspects, the phenomenological aspects, and the classification of these are not the subject of a scientific consensus.

A review of the literature will study in detail the association of spirit possession with dissociation in the broad sense (dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, hysteria, conversion disorders), psychotic disorders and schizophrenia. The discursive function of these states will also be analyzed.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique**

---

**MOTS-CLÉS :** Possession ; Dissociation ; Trouble Dissociatif de l'Identité ; Troubles de conversion ; Troubles de stress post-traumatique ; Hystérie ; Troubles psychotiques ; Schizophrénie ; acculturation  
Spirit possession ; Dissociation ; Dissociative identity disorder ; Dissociative disorders ; Conversion disorder ; Hysteria ; Stress Disorders, Post-Traumatic ; – Psychotic Disorders ; Schizophrenia ; acculturation

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Nicolas VELUT