

- **DÉNI DE GROSSESSE :
À PARTIR DE DEUX
CAS CLINIQUES**

- **PSYCHOPATHOLOGIE
ET CONSCIENCE
AUTONOËTIQUE**

- **L'ÉVOLUTION
INTÉRIEURE
ET LA QUESTION
SPIRITUELLE OU
METANOÏA –
REGARDS
SUR L'ŒUVRE DE
C.G. JUNG**

- **LES TROUBLES
OBSESSIONNELS-
COMPULSIFS**

- **L'ADOLESCENT
CONFRONTÉ AUX
RÉEL TRAUMATIQUE,
CAPS IMAGINAIRES
ET IMPASSES
SYMBOLIQUES**



Publicité

Comité de Direction :

Julien MENDLEWICZ
 Arlette SEGHERS
 Marc ANSSEAU
 Emmanuel BRASSEUR

Comité de Rédaction :

Luc STANER
 Michel FLORIS
 William PITCHOT
 Daniel SOUERY
 Nicolas ZDANOWICZ

Comité Scientifique :

Per BECH (Hillrod)
 Jean BERTRAND (Liège)
 Pierre BLIER (Gainesville)
 Louis BOTTE (Manage)
 Léon CASSIERS (Bruxelles)
 Eric CONSTANT (Bruxelles)
 Paul COSYNS (Antwerp)
 Francis CROUFER (Liège)
 Hugo D'HAENEN (Brussel)
 Jean-Luc EVRARD (Charleroi)
 Benjamin FISCHLER (Leuven)
 Jan GODDERIS (Leuven)
 Michel HANSENNE (Liège)
 Jean-Yves HAYEZ (Bruxelles)
 Pascal JANNE (Mt Godinne)
 Paul JONCKHEERE (Bruxelles)
 Lewis JUDD (San Diego)
 Siegfried KASPER (Wien)
 Rachel KLEIN (New York)
 Olivier LE BON (Bruxelles)
 Yves LECRUBIER (Paris)
 Paul LIEVENS (Bruxelles)
 Paul LINKOWSKI (Bruxelles)
 Juan LOPEZ-IBOR (Madrid)
 Isabelle MASSAT (Bruxelles)
 Jean-Paul MATOT (Bruxelles)
 Christian MORMONT (Liège)
 Patrick PAPART (Liège)
 Eugene PAYKEL (Cambridge)
 Isy PELC (Bruxelles)
 Pierre PHILIPPOT (Louvain la Neuve)
 Charles PULL (Luxembourg)
 Giorgio RACAGNI (Milano)
 Philippe ROBERT (Nice)
 Jean Paul ROUSSAUX (Bruxelles)
 Michel SCHITTECATTE (Charleroi)
 Willy SZAFRAN (Brussel)
 Herman VAN PRAAG (Maastricht)
 Myriam VAN MOFFAERT (Ghent)
 Guy VAN RENYNGHE DE VOXVRIE (Brugge)
 Paul VERBANCK (Bruxelles)
 Nadine VERMEYLEN (Bruxelles)
 Jean WILMOTTE (Charleroi)



PSYCHIATRICA BELGICA

Organe officiel de la Société Royale de Médecine Mentale
de Belgique (SRMMB)

SOMMAIRE

DÉNI DE GROSSESSE : À PARTIR DE DEUX CAS CLINIQUES Anne-France Batardy, Stéphane Halkin	5
PSYCHOPATHOLOGIE ET CONSCIENCE AUTONOËTIQUE Caroline Mottet, Michel Hansenne	14
L'ÉVOLUTION INTÉRIEURE ET LA QUESTION SPIRITUELLE OU METANOÏA REGARDS SUR L'ŒUVRE DE C.G. JUNG Emmanuel Brasseur	25
LES TROUBLES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS M. Desseilles, G. Mikolajczak, C. Derue, A. Muselle, C. Debabèche	33
L'ADOLESCENT CONFRONTÉ AUX RÉEL TRAUMATIQUE, CAPS IMAGINAIRES ET IMPASSES SYMBOLIQUES Serge Goffinet, Alexandre Beine	43

Les ACTA PSYCHIATRICA BELGICA
paraissent trimestriellement
Abonnement annuel 2008 :
Belgique : 90 € - Étranger : 90 €

Abonnement : A.M. Allard
am.allard@beauvallon.be
Tél. : 081 30 05 02
Fax : 081 31 23 38

Régie Publicitaire : J.P. Felix
jean.pierre.felix@skynet.be
GSM : 0475 28 39 63

Edit. resp. : Pr P. VERBANCK, Prés. SRMMB
Siège social SRMMB : 205, rue de Bricgniot,
B-5002 Saint-Servais/Namur
ISSN : 0300-8967, dépôt légal dès parution

Le droit de copie de tous nos articles
originaux est *strictement* réservé.
Les articles n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs.

Illustration de couverture :
« De Mens » par Kelly Tollenaere

Publicité

Editorial

Publicité

DÉNI DE GROSSESSE : À PARTIR DE DEUX CAS CLINIQUES

DENIAL OF PREGNANCY: FROM TWO CLINICAL CASE REPORTS

Anne-France Batardy¹, Stéphane Halkin²

DENIAL OF PREGNANCY IS DEFINED AS THE NON-RECOGNITION OF A PREGNANCY AFTER THE FIRST THREE MONTHS. THIS ARTICLE BEGINS WITH THE DESCRIPTION OF TWO CLINICAL CASE REPORTS OF PREGNANCY DENIAL, BOTH FROM LIAISON PSYCHIATRY. THE LITERATURE DESCRIBES DENIAL OF PREGNANCY AS A CLINICAL ENTITY MAINLY MET BY YOUNG WOMEN WITHOUT ANY PSYCHIATRIC TROUBLE ASSOCIATED. THE CLINIC IS PARTICULAR: THE SYMPTOMS OF PREGNANCY ARE UNNOTICED BY THE PATIENT AND HER ENTOURAGE. NO SINGLE PSYCHOPATHOLOGICAL HYPOTHESIS CAN BE BROUGHT OUT THE LITERATURE. IF THERE IS AN ESTABLISHED LINK BETWEEN DENIAL OF PREGNANCY AND INFANTICIDE, THIS ISN'T THE ONLY OUTCOME, SEVERAL CASES OF PREGNANCY DENIAL MAY EVOLVE TO THE ESTABLISHMENT OF A FAVOURABLE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP.

Key words : Pregnancy, Denial, Infanticide

LE CAS DE M

Une jeune femme de 21 ans (M) est amenée par le S.M.U.R (Service Mobile d'Urgences-Réanimation) dans le service d'urgences d'un hôpital général. Elle a accouché seule dans les toilettes de son lieu de travail et ses collègues l'ont trouvée dans une mare de sang. Le nouveau-né d'environ 3 kilos et né à terme a été découvert mort par les urgentistes, dans des sachets plastiques dans lesquels la patiente l'avait emballé. L'autopsie révélera ultérieurement que la mort a été causée par suffocation. M affirme ne pas s'être rendu compte qu'elle était enceinte.

Sur base de ces informations, on peut se demander si cette patiente est délirante, présente un handicap mental ou si elle est issue d'un milieu socialement très précarisé. La réalité est toute autre : M est une jeune fille aux facultés intellectuelles à priori normales et au discours cohérent, clair et non délirant. Elle est pâle et se décrit sous le choc. M n'a aucun antécédent psychiatrique et on ne relève aucun antécédent familial.

Elle est la deuxième d'une fratrie des trois filles et décrit une enfance heureuse, sans problèmes. A l'âge de 15 ans, elle part continuer ses études dans une école technique à plusieurs dizaines de kilomètres de chez ses parents. Rapidement, M se fait engagée dans un commerce proche de son école comme étudiante puis comme salariée. Elle s'installe dans un petit appartement et noue une relation amoureuse avec un collègue, âgé comme elle de 19 ans. M garde des contacts réguliers avec ses parents. Sa sœur aînée, dont elle se décrit très proche, décide de partir travailler avec son compagnon sur un autre continent. M en est heureuse pour sa sœur et à la fois triste car sa sœur lui manque malgré leurs contacts réguliers par internet.

Début de l'année en cours (alors qu'elle est enceinte de trois mois, sans le savoir), elle se sépare de son compagnon, expliquant qu'ils s'étouffaient l'un l'autre parce que travaillant et vivant ensemble.

Deux mois plus tard, son père décède brutalement dans un accident de voiture. C'est le choc pour M, qui décrit toutefois une réaction adaptée pour une telle circonstance. Elle s'inquiète alors beaucoup pour sa mère qui se doit de gérer les affaires commerciales de son défunt mari.

M ne s'est pas rendu compte qu'elle était enceinte. Avant leur rupture, son compagnon et elle n'avaient pas envisagé d'enfant et elle prenait la pilule contraceptive. Elle l'a arrêtée après leur rupture. Durant toute la grossesse, elle dit avoir gardé des saignements réguliers. Elle avait pris quelques kilos qu'elle attribuait à ses grignotages plus fréquents depuis le décès de son père. Elle n'a jamais souffert de nausées. Toutefois, elle se sentait plus fatiguée, avec des douleurs dorsales. Sa grossesse semble être également passée inaperçue pour son entourage. En témoigne la réaction de surprise et d'émoi de sa maman qui s'est précipitée au chevet de sa fille ; elle non plus ne s'était aperçu de rien. Par contre, des collègues de travail auraient demandé plusieurs fois à M si elle n'était pas enceinte et celle-ci leur répondait par la négative, prétextant que ce serait alors par l'action du Saint-Esprit.

A propos des circonstances de l'accouchement, M reste évasive. Au travail, ce jour-là, elle s'est plaint de douleurs abdominales et est allée s'étendre. La douleur s'est ensuite intensifiée et la patiente s'est rendue aux toilettes. Elle reste muette sur la suite, ne se souvenant alors de rien.

M se dit sous le choc (faisant allusion à l'annonce de sa grossesse, à l'accouchement et au décès du bébé) et considère ce

¹ Assistante en Psychiatrie (5^e année du DES), Université de Liège, service de psychiatrie, Centre Hospitalier des Ardennes, Libramont.

² Psychiatre au Centre Hospitalier des Ardennes à Libramont et au CHU de Liège, Policliniques BRUL, Liège.

drame comme un « coup dur » supplémentaire dans cette année qui ne l'a pas épargnée. Elle affiche en outre un visage figé, ne trahissant que très peu d'émotion. Elle ne donnera pas de prénom à son enfant et souhaitera assister aux obsèques avant de se rebiffer.

Une enquête judiciaire est ouverte mais l'interrogatoire de la patiente tarde.

M est hospitalisée dans une unité psychiatrique de l'hôpital général durant deux semaines. Elle reste manifestement dans le déni de la grossesse et de l'accouchement. Progressivement, son discours s'accompagnera de plus d'émotion et de larmes. Un MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) montrera une élévation de l'échelle hystérique et légèrement de l'échelle paranoïaque. Après sa sortie de l'hôpital, un suivi ambulatoire est organisé. La situation restait figée, M n'exprime aucune culpabilité ni d'élaboration psychique de son geste. Elle accepte le suivi dans un premier temps, afin de pouvoir tourner la page et envisager d'autres grossesses par la suite puis ne se présente plus.

Ce n'est que plusieurs mois après, dans les suites de l'interrogation par la police avec reconstitution des faits, que la patiente a présenté une décompensation dépressive et anxieuse. Ceci a manifestement servi de déclic et a permis la levée du déni. La patiente a depuis lors repris un suivi psychothérapeutique régulier et parvient à verbaliser ses sentiments à propos du drame. Le jugement pour infanticide n'a pas encore eu lieu.

LE CAS DE O

Une jeune fille de 17 ans, enceinte d'environ sept mois, accouche, seule et pendant la nuit, sur la table de la cuisine de la maison parentale, d'une petite fille qu'elle juge mort-née, et qu'elle emballe aussitôt dans un sac. Le nouveau-né serait tombé sur le sol au moment de l'accouchement. C'est la mère de la patiente qui, le matin, découvrant des traces de sang, a averti le médecin. Le nouveau-né est retrouvé hypotherme et bradycarde et est amené avec la maman aux urgences.

Il s'agit de la première grossesse de O, accidentelle, issue de relations ponctuelles avec un homme que la patiente n'aime plus et qu'elle n'aurait jamais envisagé d'informer au cours de la grossesse.

Elle explique avoir toujours ressenti une grande ambivalence par rapport à cette grossesse, tenaillée d'une part par la peur d'éveiller la colère de ses parents et en particulier de son père, et d'autre part, par sa répugnance à se soumettre à une interruption de grossesse. Les parents auraient finalement été mis au courant de la grossesse mais la patiente leur aurait prétendu avoir réalisé une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), ce qu'elle n'a jamais fait.

Le soir de l'accouchement, la patiente a pris pour la première fois un hypnotique (du Zolpidem), dérobé à sa maman. A son réveil, pendant la nuit, elle est tout à fait surprise par les signes d'un accouchement auquel elle ne s'attendait pas du tout et ses

idées sont totalement confuses. Elle dit avoir agi dans un état second, parasitée par des pensées intercurrentes qui n'avaient rien à voir avec l'accouchement.

Le premier entretien clinique permettra d'exclure un trouble psychotique patent ou un handicap mental. Le discours de la patiente ne comprend aucune symbolisation ni fantasmatisation autour de la grossesse. Tout semblait se passer comme si la patiente n'allait pas accoucher, n'allait pas voir d'enfant. Par la suite, un prénom est choisi par la maman pour son bébé. Elle ne souhaite pas avertir le père de sa fille. O n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ni familial.

Un suivi psychothérapeutique régulier est mis en place afin de permettre la levée du déni et l'effondrement du clivage présent durant la grossesse et l'accouchement. Les consultations avaient aussi pour objectif de permettre à O de prendre sa place de maman. O souhaite elle-même « comprendre l'impensable ». Des entretiens de famille ont parallèlement été organisés.

Les parents d'O ont été transitoirement désignés comme tuteurs de la fille de O mais ceci ne semble pas avoir entravé la construction d'une relation mère-fille sur un mode apparemment adéquat. Dix mois plus tard, la patiente a évolué de façon satisfaisante sur le plan familial et maternel.

INTRODUCTION

Bien que distinctes l'une de l'autre, ces deux situations illustrent les différents aspects que peut revêtir le déni de grossesse.

Parmi les points communs, on note des jeunes filles sans pathologie mentale présentant une négation de leur grossesse et de ses signes physiques, une contamination de leur déni à l'entourage, puis à l'arrivée du bébé, un état de dissociation ou d'amnésie.

Les divergences se situent au niveau du contexte dans lequel le déni s'installe. Les issues sont aussi bien différentes, dramatiques dans un cas, plus heureuses dans l'autre et nous informent aussi sur les conséquences et risques pour la mère et l'enfant.

Les soignants, confrontés à cette impensable réalité, commentent par écouter ces histoires qui suscitent un sentiment d'étrangeté. Une question est d'emblée inévitable : s'agit-il d'une dissimulation consciemment organisée ? Mais leur récit est teinté d'une telle authenticité quels seraient alors les bénéfices d'une dissimulation ? L'enjeu est ensuite d'appréhender les mécanismes de ce déni afin de permettre sa levée.

DÉFINITION

Déni : refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (Laplanche et Pontalis, 1988). Bonnet (2002) définit le déni de grossesse par la non-reconnaissance d'une grossesse

au-delà du premier trimestre et pouvant se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier, on parle alors de déni total.

Dayan et al. (1999) préfèrent utiliser le terme de négations de grossesse recouvrant à l'extrémité consciente les mensonges ou dissimulations de grossesse et, à l'extrémité inconsciente, le déni au sens psychanalytique du terme, que l'on peut retrouver chez les patientes schizophrènes.

Il distingue plusieurs mécanismes de défense mis en œuvre dans le déni de grossesse :

- **Le déni** : négation d'une perception, la perception est clivée dans la conscience du sujet. « *Je suis enceinte puisque vous me le dites* » (Grangaud, 2002).

- **La dénégation** : refus inconscient de reconnaître qu'un élément perçu ou admis dans son existence puisse se rapporter à un état du sujet. Exemple : que le ventre rond ou l'aménorrhée puisse se rapporter à la grossesse. Ici, il y a perception (Dayan et al., 1999). La dénégation peut s'accompagner d'annulation : « *j'ai bien pensé que j'étais enceinte mais je n'y ai pas cru.* » Il s'agit du mécanisme de défense adopté par M.

- **La pensée magique** : ne pas déclarer sa grossesse équivaut à ne pas être enceinte (Grangaud, 2002). « *J'avais l'espoir qu'en n'y pensant pas, la grossesse allait disparaître par miracle.* » Ce mécanisme semble être celui retrouvé dans le cas d'O.

Par convention nous utiliserons le terme « déni de grossesse » pour désigner ces cas de négation de grossesse qui sont pour la plupart, d'après Dayan et al. (1999), des dénégations car la conscience de porter un enfant est rarement totalement absente.

Le déni psychotique de grossesse survient chez une patiente présentant une psychose chronique, diagnostiquée en général avant l'état gravide ou gravidique. En général, l'entourage est alors conscient de la grossesse (dont les signes physiques ne sont pas dissimulés). Nous allons nous pencher sur le déni non psychotique de grossesse.

Strauss et al. (1990) ont proposé l'introduction du déni de grossesse au DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) comme sous-type des troubles d'adaptation, avec déni d'une maladie physique. Miller (1991) proposera le terme de trouble de l'adaptation avec déni d'un état physique. Le déni de grossesse ne figure, à ce jour, pas au DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

NÉONATICIDE ET FILICIDE

J.P. Resnick (1970) distingue :

- **Néonaticide** : meurtre ou assassinat d'un nouveau-né le plus souvent par sa mère.

- **Filicide ou libericide** (du terme latin *libere libera* : les enfants de l'homme libre) : meurtre d'un enfant âgé de plus de 72 heures par l'un de ses parents (Simonnot et al., 1998).

D'après l'observation de 168 cas d'infanticide par Resnik (1970) et d'après l'étude de Spinelli (2001) portant sur 16 cas de néonaticide, le profil des mères commettant un néonaticide est le suivant :

- **jeunes,**
- **célibataires,**
- **non psychotiques** (pas d'antécédent préalable au néonaticide et pas de pathologie mentale démontrée lors de l'expertise psychiatrique après le néonaticide),
- **primipares,**
- confrontées à une **grossesse illégitime,**
- le mobile du néonaticide étant de **supprimer un enfant non désiré** (Grangaud, 2002 ; Simonnot, 2002 ; Spinelli, 2001 ; Green et Manohar, 1990).

Le lien entre néonaticide et déni de grossesse est tout à fait établi. Le meurtre n'est pas prémédité : quand la réalité se fait savoir par le cri du bébé, elles y répondent en faisant à jamais taire l'intrus de façon violente (asphyxie, étranglement ou noyade), (Grangaud, 2002 ; Simonnot, 2002). Les raisons les plus souvent invoquées par ces patientes sont la honte (crainte des parents, peur de l'opinion publique), le refus d'avoir un enfant, l'affolement à la naissance lors de la confrontation à la réalité (Simonnot, 2002).

Enfin, si le néonaticide est souvent précédé par le déni de grossesse, il n'en est heureusement pas l'unique dénouement.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Une étude menée dans une maternité française de 1993 à 2000 a relevé 56 cas de déni de grossesse, ce qui correspondait à une **prévalence de 2 pour 1000** accouchements (Pierronne et al., 2002). L'étude de Bretzinka et al. (1994) qui portait sur 27 cas observés dans une maternité autrichienne entre 1987 et 1990 évaluait la **prévalence à 3 cas pour 1000** accouchements. Il est toutefois très probable que ces chiffres sous-estiment la réalité, certains cas n'étant probablement jamais dévoilés. Dans son étude quantitative, Bretzinka et al. (1994) ont réalisé des entretiens standardisés afin de mettre en évidence d'éventuels troubles psychiatriques associés au déni de grossesse ; il en a relevé dans moins de 50 % des cas (Tableau I). Le petit nombre

Tableau I
Troubles psychiatriques associés au déni de grossesse (Bretzinka et al., 1994)

	Nombre de femmes : 27	Pourcentage
Psychose	2	7 %
Dépression majeure	4	15 %
Trouble de personnalité	4	15 %
Retard mental	3	11 %
Absence de troubles	14	52 %

de cas ne permet pas de tirer de conclusions générales mais nous informe à titre indicatif de la prépondérance d'absence de pathologie mentale associée.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Une des caractéristiques les plus surprenantes dans le déni de grossesse est la non reconnaissance des signes physiques de grossesse par la patiente. Nous pouvons tenter d'expliquer cette particularité de plusieurs façons.

D'une part, ces patientes présentent peu de modifications corporelles et hormonales. C'est la composante physique du symptôme. Dayan (1999) parle de « complaisance somatique », dans la mesure où le refus psychique de la grossesse est auto-entretenu par un schéma corporel peu modifié. Ainsi, ces patientes rapportent rarement les signes sympathiques de la grossesse tels que l'asthénie, les nausées, les vomissements. Les prises de poids sont faibles voire inexistantes chez certaines de ces patientes. C'est comme si le corps se rendait complice du déni psychique. Milden et al. (1985) présentent le déni de grossesse comme l'image en miroir de la grossesse nerveuse, à propos de laquelle la littérature est d'ailleurs plus riche. D'autre part, on peut assister à une rationalisation des symptômes de grossesse. Elles attribuent les symptômes tels les nausées, douleurs, fatigue à d'autres causes. La prise de poids est expliquée par un manque d'exercice et une suralimentation.

Ces patientes rapportent fréquemment des métrorragies qui alimentent l'idée d'une permanence des menstruations et qui peuvent persister jusqu'au terme de la gestation. Certaines d'entre elles sont toujours sous contraception orale avec un maintien des hémorragies de privation qui sont interprétées comme étant des règles. D'autres présentent une aménorrhée qu'elles banalisent (Kaplan et Grotowski, 1996). Les mouvements fœtaux ne sont pas « ressentis » ou bien sont confondus avec des symptômes digestifs. Le bébé paraît silencieux, comme un petit passager clandestin (Pierronne et al., 2002). On assiste à ce phénomène de rationalisation également au moment du travail qui précède l'accouchement. Les contractions utérines sont pour elles des douleurs lombaires ou digestives et le travail est perçu comme un besoin de déféquer, ce qui explique que beaucoup de ces accouchements aient lieu aux toilettes, avec comme conséquences dramatiques de fréquents décès par noyade du nouveau-né dans la cuvette des toilettes. Ces accouchements sont souvent rapides et quasi indolores (Dayan et al., 1999 ; Durand, 2003 ; Grangaud, 2002 ; Green et Manohar, 1990 ; Kaplan et Grotowski, 1996 ; Simonnot, 2002 ; Pierronne et al., 2002).

CONTAGION DU DÉNI À L'ENTOURAGE

Il est également frappant de constater que l'entourage de ces patientes ne perçoit pas non plus l'existence de la grossesse. Tous semblent frappés de cécité (Pierronne et al., 2002).

Même dans le cas d'O où les parents avaient été informés de la grossesse avant de croire à l'IVG, ils semblent n'avoir rien soupçonné par la suite. Tout se passe comme si ces grossesses se déroulaient à l'insu des patientes et de leurs proches.

Les médecins peuvent aussi être pris dans ce mécanisme de déni. La littérature relate nombre de cas où les patientes enceintes et non conscientes de l'être ont consulté leur médecin pour des douleurs ou des troubles digestifs sans que ce dernier n'émette d'hypothèse de grossesse et ce, même à quelques jours du terme (Pierronne et al., 2002 ; Milden et al., 1985).

A l'inverse, si l'entourage, comme pour M, envisage l'éventualité qu'elle soit enceinte, cela ne permet aucune conscientisation pour la patiente.

L'ACCOUCHEMENT ET LA LEVÉE DU DÉNI

Dans les cas de déni total de grossesse, c'est bien souvent l'accouchement qui permet un déblocage de la situation et un début de conscientisation. L'accouchement produit un choc émotionnel, visible et peu ou pas verbalisé (Pierronne et al., 2002).

Plusieurs auteurs parlent d'un état de sidération pour décrire l'état psychique dans lequel se trouve la maman : choc, sentiment d'insécurité, angoisses, épisode dépressif de courte durée sont autant de réactions relevées dans les cas décrits.

D'après Simonnot (2002), les cris du bébé sont l'expression de la réalité soudaine d'une vie niée psychologiquement et biologiquement. Ils deviennent l'objectivation d'une situation dramatique refusée jusque là (Simonnot et al., 1998).

Notons enfin que la levée du déni, si elle peut être amorcée au moment de l'accouchement, se continuera progressivement dans les jours, semaines et mois qui suivent (Simonnot, 2002). D'ailleurs, dans les deux situations cliniques de M et d'O, le déni se poursuit après l'accouchement.

HYPOTHÈSES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Les auteurs ne dégagent pas de mécanisme psychopathologique unique pour expliquer le déni de grossesse. On peut toutefois supposer un mécanisme suffisamment puissant pour inhiber à ce point les perceptions corporelles et l'idée de grossesse (Pierronne et al., 2002).

Dayan (1999) considère le déni de grossesse comme un symptôme, qui ne permettrait pas de diagnostiquer de pathologie spécifique. Pour lui, le déni de grossesse recouvre un ensemble de configurations psychiques ayant comme point commun l'ambivalence du désir d'enfant.

Pour plusieurs auteurs, le déni de grossesse apparaît entretenir avec la conversion hystérique quelques traits communs, sorte d'hystérisation négative (Dayan et al., 1999 ; Milden et al., 1985). Néanmoins, il n'existe aucun consensus pour caractériser le déni de grossesse qui, en tant que symptôme, appartient à des configurations syndromiques différentes. L'association fréquente avec le néonaticide est un argument essentiel pour attester d'un rejet violent de la grossesse et d'émotions hostiles refoulées contre l'enfant à naître (Dayan et al., 1999). L'attitude de « belle indifférence » affichée par les patientes après l'accouchement, même s'il y a eu infanticide, est un argument supplémentaire. Par ailleurs, pour expliquer au mieux l'état de ses patientes, le terme de dissociation hystérique nous paraît approprié. La dissociation étant une altération soudaine et temporaire des fonctions normalement intégrées concernant la conscience, l'identité, la mémoire ou la perception de l'environnement (Lemperière et al., 1965). L'impossibilité pour les patientes de se souvenir des circonstances de l'accouchement serait ainsi de l'ordre de l'amnésie dissociative qui se définit par un oubli d'une période définie de la mémoire épisodique. Les critères du DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) impliquent que le trouble comporte l'oubli d'une ou plusieurs informations personnelles importantes, souvent lié à un traumatisme ou un stress. Le trouble n'est pas un trouble ordinaire et est isolé.

Kaplan et Grotowski (1996) voient plus souvent dans le déni un trouble de l'adaptation : il permettrait de maintenir la vie sociale et affective quand la grossesse s'avère insupportable pour des motifs psychiques ou sociaux. Les principaux arguments en sont l'adaptation sociale préalable généralement adéquate, l'absence d'autres troubles psychiatriques et la fin du déni quand disparaît la situation stressante (Dayan et al., 1999).

Dans son étude sur les accouchements sur X, Bonnet (2002) a retrouvé un déni dans de nombreux cas. Elle met en évidence un lien entre déni de grossesse et histoires de maltraitance récente (viol, abus sexuel ou inceste) ou de maltraitance dans l'enfance (que la maltraitance soit physique, sexuelle ou émotionnelle). Pour Bonnet (2002), la prise de conscience de la grossesse réactive chez ces femmes les expériences traumatiques non traitées au niveau psychologique ou judiciaire au moment de leur dévoilement. Les effets d'un traumatisme sexuel non guéri se superposent aux représentations imaginaires du bébé à naître, entravant ainsi l'établissement du lien maternel ; elle parle d'« enfant impensable ».

De nombreuses hypothèses explicatives existent donc, les deux cas développés ci-dessus ne peuvent d'ailleurs s'expliquer de la même façon. Un fait marquant dans l'histoire de M était la succession de différentes séparations : d'abord avec sa sœur partie à une grande distance géographique quelques mois précédemment, ensuite la rupture avec son compagnon et géniteur du bébé et enfin le décès brutal de son papa. Pierronne et al. (2002), dans leur observation de 56 cas de déni de grossesse en maternité, ont relevé concernant des proches, dans un quart des cas, un deuil récent. Elle se garde toutefois

de l'interpréter : la diversité des situations l'incitant à respecter d'abord la singularité de chaque histoire. Dans le cas d'O, il pourrait être légitime de se poser la question d'une dissimulation après la décision de ne pas recourir à l'interruption volontaire de grossesse. Nous n'en aurons pas la réponse à posteriori. Mais, même si on retient cette hypothèse, les risques en sont par ailleurs aussi grands : négligence de son corps, déni des besoins du bébé, incapacité à anticiper la naissance. Son immaturité, sa passivité angoissée face à l'événement, son incapacité à entreprendre la moindre action, sa peur de la réaction de ses proches, la poussent à recourir à une pensée magique qui annulerait toute trace de grossesse. A l'accouchement, toutefois, c'est un réel déni qui se produit, probablement accentué par la prise d'un hypnotique.

PRISE EN CHARGE

Psychiatres et psychologues sont généralement appelés à rencontrer de telles patientes en psychiatrie de liaison, une fois que le déni est découvert soit par le gynécologue au moment de l'accouchement (si le déni est total), soit par un médecin généraliste ou un membre de l'entourage ou par la patiente elle-même (en cas de déni partiel). Les situations seront différentes s'il y a eu néonaticide ou pas.

Dans les deux cas, il s'agira dans un premier temps d'aider ces patientes à mettre des mots sur les émotions, sentiments, pensées qui ont accompagné l'effacement du déni et brisé le silence qui est leur mode de communication habituel (Bonnet, 2002). Soulignons aussi l'utilité de préciser à ces femmes qu'elles ne sont pas les seules à avoir traversé ce déni (Pierronne et al., 2002). Dans le cas de M, le déni s'est maintenu longtemps après l'accouchement, ce qui peut aussi être contaminant pour le thérapeute. En la bousculant, en cherchant à tout prix à ce qu'elle se souvienne, à ce qu'elle s'exprime, le risque alors n'est-il pas grand de voir se casser la relation thérapeutique ? A l'inverse, focaliser les entretiens sur son passé, garder le silence sur ce qui vient de lui arriver signifie répéter en miroir sa réaction et donc son déni. Cette contamination du déni peut également atteindre le personnel infirmier qui peut oublier que cette patiente nécessite aussi les soins habituels qui suivent un accouchement. Il est tentant de ne pas la considérer comme une maman en deuil, cela nous renvoie à nos propres angoisses face à cette situation. Il est alors intéressant de partager et discuter en équipe pluridisciplinaire ces mouvements contre-transférentiels.

Il apparaît aussi utile d'approfondir le travail clinique à la recherche de troubles de personnalité ou de troubles psychiatriques associés. Dans tous les cas, la poursuite du travail psychothérapeutique est nécessaire après la sortie de la maternité. Les entretiens tentent alors d'aider la patiente à comprendre pourquoi la grossesse était si insupportable à affronter et élaborer psychologiquement. Lors des cas d'infanticides, il s'agira de dégager la patiente de ses impulsions violentes et de permettre ainsi le travail de deuil indispensable.

Lorsque l'enfant survit, il faut penser à son avenir. Il s'agit donc de permettre l'établissement d'une relation mère-enfant la plus adéquate possible. Ceci sous-tend une évaluation des capacités de la maman à prendre en charge et accepter son enfant mais aussi être vigilant par rapport au destin de la propre haine éventuellement éprouvée à l'égard du bébé, repérer l'ambivalence de la maman et la façon dont elle l'aborde (Pierronne et al., 2002). Simonnot (2002) propose la prise en charge de ces patientes dans des unités d'hospitalisation mère-enfant.

DEVENIR DES ENFANTS... ET DES MAMANS

Brezinka et al. (1994) ont réalisé une étude sur le devenir des enfants à deux ans, dans des cas où le déni avait perduré jusqu'à l'accouchement. Dans 75 % des cas, les enfants étaient confiés à leur mère et la relation maternelle était jugée tout à fait

satisfaisante. Dans 25 %, la garde était confiée aux grands-parents. Les auteurs concluaient que l'hypothèse d'un lien entre déni de grossesse et maltraitance ultérieure ne se confirmait pas. Une autre étude autrichienne portant sur neuf cas démontre également une bonne évolution de la relation mère-enfant après 18 mois, dans un contexte de soutien médico-psycho-social (Paige et al., 2000). La littérature relate de façon répétée que, dans les cas de déni de grossesse chez des patientes adolescentes ou vivant encore chez leurs parents, la garde de l'enfant est attribuée aux grands-parents, de façon au moins provisoire.

Massari (2002) détaille son observation de deux patientes ayant présenté un déni de grossesse avec infanticide puis ayant mené à bien une nouvelle grossesse. Dans les deux cas, un travail psychothérapeutique a permis, suite au drame, de relier le passé traumatique et l'incapacité à se représenter une grossesse. Les deux enfants nés après ce travail avaient un avenir possible et elle explique son absence d'inquiétude ressentie à l'annonce de ces deux nouvelles grossesses.

CONCLUSION

Le déni de grossesse est un processus à la fois énigmatique et complexe.

Il ne répond pas à un mécanisme psychopathologique bien défini et il est impossible de cibler une catégorie de femmes potentiellement plus à risques, ce qui rend difficile toute prévention. Le psychiatre n'est d'ailleurs concerné qu'une fois levé le secret inconscient de ces patientes. Des pistes préventives seraient la sensibilisation des équipes au niveau des maternités et la prudence face à toute grossesse déclarée tardivement, en particulier chez les adolescentes. Repérer ces situations un peu plus précocement est un enjeu de santé publique non négligeable en raison des risques physiques et psychologiques encourus.

Les quelques études concernant le devenir de la relation mère-enfant sont rassurantes mais d'autres investigations et études longitudinales seraient nécessaires pour nous éclairer davantage sur le devenir de ce mystérieux phénomène.

RÉSUMÉ

Le déni de grossesse se définit par la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre. Cet article débute par la description clinique de deux situations de déni de grossesse rencontrées en psychiatrie de liaison. La littérature décrit le déni de grossesse comme une entité clinique se retrouvant principalement chez des jeunes femmes ne présentant aucun trouble psychiatrique associé. La clinique en est singulière : tous les symptômes de grossesse passant inaperçus pour la patiente et pour son entourage. Il ne se dégage pas dans la littérature d'hypothèse psychopathologique unique. S'il existe un lien établi entre déni de grossesse et infanticide, ce dernier n'en est toutefois pas la seule issue, certains cas de déni de grossesse pouvant évoluer vers l'établissement d'une relation mère-enfant favorable.

SAMENVATTING

Het ontkennen van de zwangerschap wordt bepaald door de niet erkenning van een zwangerschap eens de eerste 3 maanden voorbij. Dit artikel begint met de klinische beschrijving van twee toestanden van zwangerschapsontkenning die voorkwamen in liaisonpsychiatrie. De literatuur beschrijft zwangerschapsontkenning als een klinisch geheel die vooral voorkomt bij jonge vrouwen die geen bijkomende mentale problemen vertonen. De kliniek is eenvoudig: alle zwangerschapssymptomen worden onzichtbaar voor de patiente en voor haar omgeving. In de literatuur spreekt men niet van een unieke psychopathologische hypothese. Indien er een band bestaat tussen de zwangerschapsontkenning en kindermoord, zal deze laatste niet de enige uitkomst zijn; er bestaan gevallen van zwangerschapsontkenning die tot het opbouwen van een gunstige moeder-kind relatie kunnen ontwikkelen.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed) (Washington DC 1994), Masson, Paris, 1996.
- Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J.** Denial of pregnancy : obstetrical aspects. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol* ; 15 : 1-8 (1994).
- Bonnet C.** Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. *Perspectives Psy* ; 41 ; 3 : 189-194 (2002).
- Dayan J, Andro G, Dugnat M.** Déni de grossesse. *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, Paris. 1999 : 41-49.
- Durant B.** Manifestations psychopathologiques de la grossesse. *La revue du praticien* ; 53-2 : 1913-1919 (2003).
- Grangaud N.** Psychopathologie du déni de grossesse: revue de littérature. *Perspectives psy* ; 41 ; 3 : 174-181 (2002).
- Green C.M., Manohar S.V.** Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *British Journal of Psychiatry* ; 156 : 121-123 (1990).
- Kaplan R., Grotowski T.** Denied pregnancy, case report. *Aust N Z J Psychiatry* ; 30 : 861-863 (1996).
- Laplanche J., Pontalis J.B.** Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris, neuvième édition, 1988 : 178.
- Lemperière T., Perse J., Enriquez M.** Symptômes hystériques et personnalité hystérique. Masson, Paris, 1965 : 75-77.
- Massari B.** Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse: à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. Rôle de l'implication ou non de la justice. *Perspectives Psy* ; 41 ; 3 : 208-216 (2002).
- Milden R., Rosenthal M., Winegardner J., Smith D.** Denial of pregnancy : an Exploratory investigation. *J Psychos Obstet Gynaecol* ; 4 : 255-261 (1985).
- Miller L.J.** Maladaptive Denial of Pregnancy. *Am J Psychiatry* ; 148 : 8 ; 1108 (1991).
- Paige C., Neifert L.** Denial of pregnancy: A case study and literature review. *Mil Med* ; 165 : 566-568 (2000).
- Pierronne C., Delannoy M.A., Florequin C., Libert M.** Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy* ; 41 ; 3 : 182-188 (2002).
- Reznick P.J.** Murder of new born: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* ; 126 : 1414-1420 (1970).
- Simonnot A.L., Vitry I., Mazet P.** L'infanticide en France: une réalité clinique bien actuelle. *Psychiatrie périnatale: parents et bébé, du projet d'enfant aux premiers mois de la vie.* PUF, Paris, 1998 : 229-245.
- Simonnot A.L.** Infanticide à l'adolescence et déni de grossesse. *Perspectives Psy* ; 41, 3 : 195-199 (2002).
- Spinelli M.G.** A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* ; 158 ; 5 : 811-813 (2001).
- Strauss D. Spitzer R.L., Muskin P.R.** Maladaptive denial of physical illness. A proposal for DSM-IV. *Am J Psychiatry* ; 147 : 1168-1172 (1990).

Anne-France Batardy

Centre Hospitalier des Ardennes,
avenue d'Houffalize 35, 6800 Libramont

Publicité

Publicité

PSYCHOPATHOLOGIE ET CONSCIENCE AUTOONOËTIQUE

PSYCHOPATHOLOGY AND AUTOONOETIC CONSCIOUSNESS

Caroline Mottet¹, Michel Hansenne¹

AUTOONOETIC CONSCIOUSNESS IS THE ABILITY TO IMAGINE THE PAST IN RELATION WITH THE FUTURE AND TO ANTICIPATE THE FUTURE IN ACCORDANCE TO PAST EXPERIENCES. THIS CONSTITUTES A KEY FACTOR TO THE SELF AND TO THE CONSTRUCTION OF IDENTITY. REMEMBERING PAST EVENTS AND ANTICIPATING FUTURE ONES DETERMINE HOW THE SUBJECT CAPTURES THE REALITY. AUTOONOETIC CONSCIOUSNESS IS ALTERED IN PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS, AND MORE PARTICULARLY IN SCHIZOPHRENIA AND DEPRESSION. SCHIZOPHRENIC PATIENTS EXHIBIT DIFFICULTIES TO REMEMBER SPECIFIC PERSONAL EVENTS AND THEY HAVE NOT A MENTAL REPRESENTATION OF THESE EVENTS; THEY ARE NOT ABLE TO RECOLLECT THE INFORMATION IN REFERENCE TO THE PAST EVENTS. MOREOVER, THEY SHOW MAJOR IMPAIRMENTS TO CONSIDER THE FUTURE AS A CONTINUITY OF THE PRESENT. DEPRESSED PATIENTS REMEMBER MORE SPECIFICALLY NEGATIVE PAST EVENTS RATHER THAN POSITIVE ONES, AND THE SAME PATTERN IS OBSERVED AMONG SUBJECTS CHARACTERIZED WITH HIGH SCORES OF NEUROTICISM. IN ADDITION, DEPRESSED PATIENTS GIVE MORE NEGATIVE ANTICIPATION AND PROJECTION IN THE FUTURE.

Key words : Autoonoetic consciousness, Episodic memory, Schizophrenia, Depression, Neuroticism

INTRODUCTION

La conscience autoonoétique représente la capacité d'imaginer le passé en relation avec le futur et d'anticiper le futur en se basant sur ses expériences passées. Cet état de conscience correspondrait à l'habilité à accéder simultanément aux informations sur soi-même concernant le passé, le présent et le futur. La conscience autoonoétique offre donc aux individus la possibilité d'appréhender leurs expériences subjectives dans le temps et de percevoir le moment présent comme un prolongement de leur passé ou comme un prélude à leur futur. La conscience autoonoétique renvoie à un ensemble d'informations et de souvenirs particuliers à un individu accumulés depuis sa naissance et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité et de continuité, autrement dit, de construire son self.

La conscience autoonoétique constitue ainsi une partie importante de notre identité et nous permet aussi bien d'avoir une impression subjective d'un souvenir caractérisée par la reconstruction de l'épisode avec toute la richesse du contexte phénoménologique (perceptions, pensées et sentiments), mais aussi de nous projeter dans le futur sur base de nos impressions passées. Envisager des perturbations de la conscience autoonoétique en psychopathologie est un pas facile à franchir. En effet, nous pouvons facilement penser que des personnes atteintes de schizophrénie auront d'énormes difficultés à se remémorer des épisodes personnels du passé et à les intégrer dans leur identité ainsi qu'à les utiliser pour se représenter le futur. Nous pouvons également penser que des patients dépressifs souffriront de biais importants concernant leurs souvenirs personnels et que leurs projections en seront

affectées. La poursuite de buts, un point central de la conscience autoonoétique et de l'identité, pourrait être déficitaire dans les deux cas.

Dans cette revue, nous allons décrire les résultats récents portant sur les altérations de la conscience autoonoétique dans la schizophrénie et la dépression. Avant cela, nous aborderons le concept de conscience autoonoétique d'un point de vue théorique, la manière dont on évalue cet état de conscience et sa distinction avec les systèmes de mémoire.

LA MÉMOIRE

Le courant qui domine actuellement la psychologie et la neuropsychologie de la mémoire considère que celle-ci est constituée de plusieurs systèmes indépendants (quoi qu'en interaction étroite), et que ces différents systèmes mnésiques sont soutenus par des régions cérébrales distinctes (Tulving, 1995). Beaucoup s'accordent pour distinguer cinq systèmes principaux de mémoire : un système de mémoire de travail et quatre systèmes de mémoire à long terme (la mémoire procédurale, le système de représentation perceptive, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique) (Brédart et Van der Linden, 1999 ; Squire et Kandel, 2002). À cela s'ajoute la mémoire autobiographique qui est souvent assimilée à la mémoire épisodique ou du moins considérée comme une partie de celle-ci (Tulving, 1983).

LA MÉMOIRE ÉPISODIQUE

La mémoire épisodique nous permet de nous remémorer des événements, des « épisodes » personnellement vécus, en étant capables de les resituer dans leur contexte d'apprentissage.

¹ Université de Liège, Département de Science Cognitive, Unité de Psychologie de la Personnalité et des Différences Individuelles

Elle renvoie donc au stockage d'événements (ou d'épisodes) qui sont directement liés à notre histoire individuelle. Cette connaissance épisodique concerne non seulement ce qui s'est passé mais également où et quand cela s'est passé, c'est-à-dire le fait et le contexte. L'information contenue en mémoire épisodique est donc contextualisée, c'est-à-dire associée à des moments et à des lieux précis (Van der Linden et al., 2000).

C'est en outre à la mémoire épisodique que l'on fait généralement allusion lorsqu'on parle de « mémoire » : « je me souviens avoir fait telle chose à tel endroit, je me souviens avoir vu telle information au journal télévisé hier soir, je me souviens de ce que mon voisin m'a dit la semaine dernière, je peux restituer le chapitre du cours que j'ai étudié hier, etc. ».

La mémoire épisodique est un élément fondamental du fonctionnement mnésique ; sans mémoire épisodique, nous ne serions pas ce que nous sommes. C'est par la mémoire épisodique que nous élaborons notre histoire personnelle, et dès lors, que nous sommes capables de nous projeter dans l'avenir.

LA MÉMOIRE SÉMANTIQUE

La mémoire sémantique rassemble les connaissances que nous avons du monde qui nous entoure : connaissances concernant les faits (le Maroc est un pays situé en Afrique, Kennedy est mort assassiné, etc.), les concepts (le sens des mots de la langue, en particulier) ainsi que celles à propos des comportements appropriés dans des situations données (par exemple, la connaissance concernant la manière de se comporter lorsqu'on va au restaurant) (Van der Linden et al., 2000).

La distinction principale entre mémoire sémantique et mémoire épisodique réside dans le fait que l'information stockée en mémoire sémantique est « décontextualisée » : « je sais que Moscou est la capitale de la Russie, mais je ne sais plus ni où ni comment je l'ai appris ».

LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE

À un niveau très général, on peut définir la mémoire autobiographique comme la capacité de se souvenir de ses expériences passées (Baddeley, 1992 ; Robinson, 1992), ou encore comme la mémoire des événements personnels (Neisser, 1986).

Pour certains auteurs (Baddeley, 1992 ; Neisser, 1986 ; Robinson et Swanson, 1990), un souvenir est dit autobiographique lorsqu'il se réfère à soi. Le choix de ce critère conduit à s'interroger sur la signification d'une telle implication car nous pouvons considérer que l'encodage de toute information implique le soi. Conway (1990) propose alors une définition pluridimensionnelle de la mémoire autobiographique. Pour cet auteur, la référence à soi doit être considérée comme une caractéristique nécessaire mais non suffisante pour identifier précisément les connaissances autobiographiques. Ainsi, la référence à soi est plus marquée pour ce type de connaissances que pour les autres formes de connaissances, mais

c'est plutôt la coexistence de plusieurs caractéristiques (auto-référence, imagerie, détails sensoriels, etc.) qui permet de parler de mémoire autobiographique.

La mémoire autobiographique renverrait à la capacité des sujets de récupérer des informations sur eux-mêmes (Piolino et al., 2000). Il s'agit donc d'un ensemble d'informations et de souvenirs spécifiques à une personne, accumulés au fil du temps. Ce système de mémoire persiste au cours du temps et la durée de rétention peut être longue (semaines, mois, années et tout au long de la vie). En résumé, ce système de mémoire renvoie à un ensemble d'informations et de souvenirs particuliers à un individu accumulés depuis sa naissance et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité et de continuité, autrement dit, de construire son self.

Toutefois, il ne faut pas réduire la mémoire autobiographique à un enregistreur passif qui conserverait chaque événement de notre vie. En effet, la mémoire autobiographique procède à un tri : seuls sont maintenus durablement en mémoire les événements ayant un lien avec nos buts et nos valeurs, les autres, insignifiants, sont voués à l'oubli. En outre, les souvenirs qui y sont encodés et dont elle permet la récupération ne sont pas des représentations exactes de la réalité parce que nous ne mettons en mémoire et ne récupérons d'un événement que les composantes qui correspondent le mieux à la conception que nous avons de nous-mêmes et du monde.

La mémoire autobiographique a souvent été directement assimilée à la mémoire épisodique. Or, différentes données expérimentales et cliniques ont montré que la mémoire autobiographique est constituée de deux composantes :

- La composante épisodique contient les souvenirs d'événements spécifiques situés dans le temps et l'espace (« le jour où j'ai embrassé mon mari pour la première fois »). Ce sont les détails perceptifs ou les relations spatiales entre objets et personnes qui donnent aux souvenirs leur qualité épisodique.
- La composante sémantique est considérée comme une base de connaissances relativement stables que l'on construit au cours de la vie et dont une partie est culturellement partagée. Elle regrouperait les connaissances générales du passé (« le lieu de travail, le nom des collègues, les sorties entre amis »). Ces connaissances sémantiques personnelles résultent pour la plupart d'un phénomène de décontextualisation progressive de la trace mnésique épisodique au cours du temps et de répétitions d'événements similaires. Pour Snowden et al. (1995), la mémoire sémantique est constamment mise à jour grâce aux informations provenant de l'expérience personnelle. Pour Brewer (1996), cette composante comprend les informations se rapportant aux événements publics.

Conway et Pleydell-Pearce (2000) ont construit un modèle cognitif qui cherche à expliquer le fonctionnement de la mémoire autobiographique. D'après ce modèle, l'évocation d'un souvenir autobiographique résulte de l'interaction entre

la mémoire autobiographique et le self. C'est le lien qui unit la remémoration consciente et la notion de soi qui rend nos souvenirs uniques. La remémoration consciente permet à chacun de se situer dans son histoire personnelle et intervient donc dans la construction de l'identité individuelle.

Le modèle de Conway et Pleydell-Pearce (2000) se centre sur les relations qui existent entre la construction de l'identité personnelle et la mémoire autobiographique et il distingue deux entités, le « self de travail » et les connaissances autobiographiques.

Le « self de travail » est constitué des buts, des désirs et des motivations. Conway et Pleydell-Pearce (2000) introduisent ce concept en référence à la mémoire de travail de Baddeley (1986). Le « self de travail » fonctionne comme la mémoire de travail. Autrement dit, il gère la réalisation de nos buts au cours de nos activités quotidiennes. Bref, le « self de travail » planifie l'ensemble des étapes permettant la concrétisation du but poursuivi et il détermine aussi des épisodes ou des « moments psychologiques ». Ceux-ci correspondent à des périodes s'étendant de l'initialisation d'un but jusqu'à sa réalisation finale. Il peut s'agir d'une conversation, d'un repas ou d'une action, comme laver sa voiture par exemple. Ce sont ces moments psychologiques, ces épisodes, qui sont stockés de façon durable en mémoire épisodique et qui, en fonction de leur pertinence par rapport à nos buts généraux et à nos valeurs, sont intégrés dans des connaissances autobiographiques à long terme.

Conway et Rubin (1993) postulent que les connaissances autobiographiques sont organisées de manière hiérarchique, s'étendant des plus générales jusqu'aux plus spécifiques. Les connaissances autobiographiques sont ainsi reconstruites de façon dynamique à partir de trois types de représentations emboîtées : les périodes de vie, les événements généraux et les détails spécifiques.

- Les périodes de vie ou « lifetime periods » regroupent des connaissances très générales réparties sur de longues périodes de vie mesurées en années ou décennies (« quand j'étais à l'université », « quand les enfants étaient petits »). Une période de vie comprend également des connaissances générales à propos des personnes importantes pour soi (Linton, 1986) et des buts que l'on s'est fixés pendant cette période de temps (Barsalou, 1988). Elles correspondent à des thématiques ordonnées, comme le travail, les relations amicales et les problèmes de santé (Conway, 1992 ; Linton, 1986) et s'articulent ensemble pour former un schéma temporel personnel (Conway et Pleydell-Pearce, 2000 ; Larsen et Thompson, 1995).
- Les événements généraux comportent des connaissances plus spécifiques que les souvenirs qui se rapportent à des périodes de vie. Barsalou (1988) suggère que les événements généraux comportent des connaissances générales qui s'étendent sur des jours ou des mois et qui englobent des événements répétitifs (« les réunions de travail du mardi matin ») et des événements spécifiques (« mon voyage à

Paris »). Pour Robinson (1992), les événements généraux sont souvent reliés à une même thématique.

- Les souvenirs spécifiques correspondent aux détails perceptifs et sensoriels (images, sentiments, odeurs, etc.) d'événements qui sont mesurés en secondes, minutes et heures (« le fait d'avoir été piqué par une guêpe »). Les détails spécifiques retrouvés sont organisés selon un ordre chronologique, d'après leur signification personnelle (Anderson et Conway, 1993). Ces détails sont eux-mêmes décomposables en micro-détails. La quantité de détails et de micro-détails retrouvée est variable selon les événements. Mais, ces détails sont en principe oubliés de façon rapide, sauf s'ils sont associés à des connaissances plus générales (Conway et Pleydell-Pearce, 2000).

D'après Conway et Pleydell-Pearce (2000), ces deux entités « self de travail » et connaissances autobiographiques entretiennent des relations réciproques : les buts, les désirs et les motivations des sujets déterminent la formation des connaissances autobiographiques. Réciproquement, les connaissances autobiographiques du sujet contraignent ses buts, désirs et motivations.

Le rappel d'un souvenir vécu personnellement ne se résume pas à une simple restitution mais nécessite une reconstruction. L'organisation des souvenirs autobiographiques en mémoire à long terme est sous l'influence du « self de travail » décrit plus haut, donc de l'ensemble des buts actuels du sujet. La récupération des souvenirs est modulée par le self qui va ajuster les trois niveaux de connaissances en mémoire à long terme. La compatibilité entre les buts actuels du sujet et les buts passés détermine la récupération d'un souvenir. Lorsque le mécanisme de récupération d'un souvenir autobiographique nécessite d'utiliser la mémoire de travail, il se divise en trois phases : « trouver un indice », « rechercher » et « vérifier » les informations retrouvées. Les connaissances autobiographiques stockées au niveau des périodes de vie fournissent des indices qui permettent d'accéder aux événements généraux qui à leur tour permettent d'accéder aux événements spécifiques (Conway et Pleydell-Pearce, 2000).

Ainsi, la reconstruction d'un souvenir autobiographique nécessite la mise en relation simultanée et coordonnée d'informations appartenant à ces trois niveaux. Le processus de reconstruction du souvenir d'un événement spécifique est le plus souvent indirect, passant par l'accès à des connaissances générales telles que les périodes de vie et les événements généraux pour parvenir aux détails perceptivo-sensoriels. Ce processus requiert l'administrateur central de la mémoire de travail et est modulé par le self. Par ailleurs, l'accès à un souvenir particulier peut aussi se faire directement de façon automatique en réponse à des indices particuliers (odeurs, bruits, etc.).

La notion de self est centrale dans le modèle de Conway et Pleydell-Pearce (2000) car elle permet d'expliquer de nombreux phénomènes liés aux processus d'encodage, de stockage et de récupération des souvenirs.

CONSCIENCES AUTOŒTIQUE ET NOÛTIQUE

En 1983, Tulving propose de baser l'opposition entre mémoire sémantique et mémoire épisodique sur l'expérience subjective qui accompagne le processus de récupération. Il distingue deux formes de conscience : la conscience autoŒtinue qui a trait à la connaissance de soi et qui désigne les souvenirs, et la conscience noÛtinue qui renvoie aux connaissances générales.

D'après Tulving (1983), la mémoire épisodique renvoie à la conscience autoŒtinue. En effet, ce système de mémoire permet l'enregistrement des événements personnellement vécus dans leur contexte spatio-temporel d'acquisition par le biais d'un état de conscience dit autoŒtinue. Ce dernier implique une prise de conscience de l'identité propre de l'individu, un « voyage mental dans le temps » et une impression subjective du souvenir caractérisée par la reconstruction de l'épisode d'acquisition de l'information avec son contexte phénoménologique (perceptions, pensées et sentiments).

La conscience autoŒtinue permet de revivre les expériences passées et de se projeter dans le futur à travers « un voyage mental dans le temps ». Elle permet de se souvenir et de prendre conscience d'événements qui ont été personnellement vécus dans un contexte spatio-temporel particulier. Le souvenir épisodique se caractérise donc par le fait que nous prenons conscience d'avoir vécu un événement dans le passé comme si nous voyagions dans le temps afin de revivre cet épisode (Wheeler et al., 1997).

Lorsque nous revivons un événement personnel, nous nous en souvenons de manière assez précise en revisitant le lieu où cet événement s'est déroulé, en revoyant les personnes et les objets présents, en se remémorant comment il s'est déroulé ainsi que ce à quoi nous pensions lors de cette expérience. De telles informations spatio-temporelles constituent des aspects essentiels de la mémoire car elles permettent de distinguer les représentations des événements réellement vécus d'autres formes de représentations telles que les rêves ou les situations purement imaginées (Johnson et al., 1993).

Le système de mémoire épisodique permet également de prendre conscience de nos expériences futures. Il s'agit ici de la capacité de se projeter soi-même dans le temps et d'imaginer des événements personnels qui pourraient se produire. La conscience autoŒtinue offre donc aux individus la possibilité d'appréhender leurs expériences subjectives dans le temps et de percevoir le moment présent comme un prolongement de leur passé ou comme un prélude à leur futur (Wheeler et al., 1997).

Jusqu'ici, la conscience autoŒtinue a été présentée comme un élément critique de la mémoire épisodique. Cette conscience autoŒtinue comprend plus que la notion de mémoire. Un individu faisant preuve de conscience autoŒtinue est capable d'imaginer le passé en relation avec le futur et d'anticiper le futur en se basant sur ses expériences passées. Cet état de conscience correspondrait à l'habilité à accéder

simultanément aux informations sur soi-même concernant le passé, le présent et le futur (Ingvar, 1985). En conséquence, la conscience autoŒtinue est en étroite relation avec la construction et le maintien du self, et elle possède d'importantes similitudes avec la mémoire autobiographique.

La mémoire sémantique implique quant à elle une forme de conscience appelée noÛtinue (Tulving, 1983). Elle désigne l'état de conscience que nous éprouvons lorsque nous pensons à quelque chose que nous connaissons. La conscience noÛtinue n'est pas autoréflexive dans le sens où elle reflète la conscience que le sujet a de posséder des connaissances générales. Ainsi, le sujet a conscience des informations stockées en mémoire, mais pas de leur origine. Cet état de conscience est associé à un sentiment de familiarité. Le sujet peut savoir si un événement a eu lieu mais sans pouvoir le revivre mentalement (Baddeley, 1993).

ÉVALUATION DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET DES CONSCIENCES NOÛTIQUE ET AUTOŒTIQUE

L'évaluation du souvenir autobiographique épisodique doit intégrer non seulement le contenu mais aussi le contexte d'acquisition de l'information et l'état de conscience qui attestent du caractère épisodique du souvenir : l'élément essentiel est d'examiner si le sujet est capable de se projeter mentalement dans le temps et de revivre un événement spécifique de sa vie.

Selon Tulving (1983, 1985), la conscience autoŒtinue est une forme de recollection consciente nommée « souvenir conscient » (« Remember ») tandis que la conscience noÛtinue renvoie à un sentiment de familiarité appelé « simple savoir » (« Know »). Ces deux états de conscience sont fonctionnellement indépendants.

Ces deux états de conscience peuvent être évalués dans des tâches de reconnaissance via le paradigme « Remember/Know » (R/K) (Tulving, 1985). Dans un premier temps, les sujets sont confrontés à une liste de mots qu'ils doivent étudier. Ensuite, ces mêmes mots sont proposés dans un test de reconnaissance, mélangés avec d'autres mots jamais présentés lors de la phase d'apprentissage. Pour chaque mot, les sujets doivent dire s'il s'agit d'un mot de la liste étudiée (« mot ancien ») ou d'un nouveau mot. Enfin, pour chaque mot jugé « ancien », il leur est demandé si leur réponse est de type « Remember » (« R ») ou « Know » (« K »). Les réponses « R » nécessitent la récupération consciente d'une information contextuelle spécifique ayant été associée à l'information cible durant la phase d'apprentissage des mots et relèvent donc de la conscience autoŒtinue impliquée dans la mémoire épisodique. En revanche, les réponses « K » sont basées sur un sentiment de familiarité sans recollection consciente et relèvent de la conscience noÛtinue caractérisant la mémoire sémantique.

Gardiner et al. (1998) ont mis en évidence que les réponses « R » incluaient toujours des détails contextuels spécifiques en relation avec la phase d'apprentissage de la liste de mots tandis que les réponses « K » n'étaient pas caractérisées par de tels détails. Ainsi, l'étude quantitative et qualitative des détails perceptivo-sensoriels, émotionnels, spatiaux et temporels s'avère déterminante pour faire la part entre les souvenirs autobiographiques épisodiques et sémantiques.

Une des caractéristiques les plus distinctives de la mémoire épisodique est que l'individu se voit en tant qu'acteur des événements mémorisés. Par conséquent, le sujet mémorise non seulement un événement qu'il a vécu, mais tout le contexte particulier associé à cet événement. Dans ce sens, une autre manière courante d'évaluer les états de conscience repose sur le paradigme « acteur/observateur ». Dans ce paradigme, il est demandé aux sujets de donner « le point de vue » (acteur ou observateur) accompagnant l'image mentale associée à chaque souvenir (« self-perspective ») (Nigro et Neisser, 1983). Une réponse « observateur » est donnée si les sujets se voient dans la situation comme un spectateur de la scène, et une réponse « acteur » est fournie s'ils se voient dans la scène à travers leurs propres yeux, comme s'ils revivaient l'événement. Selon Piolino et al. (2000), la perspective d'acteur est associée à la mémoire épisodique (conscience auto-noétique) et la perspective d'observateur est associée à la mémoire sémantique (conscience noétique).

SCHIZOPHRÉNIE ET CONSCIENCE AUTO-NOÉTIQUE

La schizophrénie est caractérisée par une altération de la mémoire épisodique (Bilder et al., 2000 ; Danion et al., 1999). De nombreuses études ont également mis en évidence que les patients schizophrènes présentaient un déficit dans le rappel d'événements personnels spécifiques caractérisant davantage la mémoire autobiographique (Danion et al., 2005 ; Wood et al., 2006). En effet, ces patients générèrent moins de souvenirs autobiographiques que des sujets sains. Ce déficit semble être particulièrement marqué pour les événements qui sont survenus après la début de la maladie (Riutort et al., 2003). De plus ils rapportent des événements surgénéralisés, c'est-à-dire répétés (qui sont apparus plus d'une fois) ou étendu dans le temps (durant plus d'une journée), plutôt que des événements spécifiques (événements qui se sont déroulés à un endroit et à un moment précis). D'après le modèle de Conway et Pleydell-Pearce (2000), la récupération d'événements spécifiques riches en détails sensoriels est une caractéristique centrale de la conscience auto-noétique, celle-ci étant spécifiquement altérée dans la schizophrénie.

Danion et al. (1999) ont utilisé le paradigme « R/K » chez des patients schizophrènes et ils ont montré que la conscience auto-noétique était altérée alors que la conscience noétique semblait intacte. L'altération de la conscience auto-noétique renverrait à un déficit dans l'utilisation des processus stratégiques résultant

d'une incapacité à assembler les différents éléments des événements à récupérer. Dans des situations où les buts et la manière de les résoudre sont donnés, la mémoire implicite et la conscience noétique sont suffisantes pour réguler correctement le comportement. Cependant, elles sont insuffisantes dans des situations peu structurées où le comportement doit être régulé à partir des expériences passées, de l'environnement présent et des buts personnels futurs, ce qui est le propre de la conscience auto-noétique.

En utilisant le paradigme « R/K » couplé à une tâche de mémoire autobiographique, Danion et al. (2005) ont mis en évidence que la fréquence des réponses « R » associées aux souvenirs autobiographiques, au contraire des réponses « K », était réduite chez les patients schizophrènes, ce qui indique que la conscience auto-noétique et donc la recollection consciente sont altérées dans la schizophrénie.

D'Argembeau et al. (2007) s'intéressent à la capacité des patients schizophrènes de rappeler des événements passés et d'imaginer des événements futurs pour mieux comprendre les perturbations de la conscience auto-noétique dans la schizophrénie. Les résultats obtenus dans cette étude suggèrent, qu'en plus de présenter un déficit dans le rappel d'événements personnels, les patients schizophrènes ont d'importantes difficultés à générer des événements spécifiques qui pourraient leur arriver dans le futur. De plus, les déficits présentés par les patients schizophrènes étaient plus importants pour les événements futurs que passés. La capacité de se souvenir du passé et l'habilité à imaginer des événements futurs sont étroitement liées et toutes deux nécessitent l'accès aux informations stockées en mémoire (Atance et O'Neill, 2001 ; Suddendorf et Corballis, 1997). Ainsi, des mécanismes communs interviennent pour ces deux habilités mais la capacité d'anticiper le futur implique des processus supplémentaires qui permettent d'assembler de façon flexible l'information récupérée en mémoire en des événements futurs cohérents avec nos buts, plans et aspirations futures (Suddendorf et Corballis, 1997).

De nombreuses études ont mis en évidence chez des sujets sains que les performances en mémoire sont meilleures pour des événements émotionnels que pour des événements neutres (Rusting, 1998). Comme la schizophrénie est caractérisée par des déficits émotionnels, il est important de déterminer si les patients schizophrènes présentent un pattern de performances mnésiques différent de celui des sujets contrôles quand il s'agit de matériel émotionnel. Des résultats inconsistants ont été rapportés dans la littérature sur ce sujet ; certaines études montrant que les patients schizophrènes oublient plus rapidement des mots positifs que négatifs par rapport à des sujets contrôles (Calev et Edelist, 1993), alors que d'autres montraient que les performances des patients schizophrènes ne se distinguaient pas de celles des contrôles (Mathews et Barch, 2004). Une raison de ces résultats contradictoires pourrait provenir du fait que ces études n'investiguent pas la capacité des patients de donner la source exacte de leurs souvenirs. En effet, lorsque l'état de conscience (auto-noétique) est pris en compte, un pattern de résultats plus cohérent émerge (Danion

et al., 2003 ; Neumann et al., 2007a). Dans ces deux études, les patients schizophrènes donnent de nouveau globalement moins de réponses « remember » et affichent moins de récupération conscience que les sujets contrôles, mais les performances des patients sont influencées de la même manière que les sujets contrôles par l'aspect émotionnel du matériel ; les deux groupes rapportent plus de réponses « remember » pour les items émotionnellement positifs en comparaison aux items émotionnellement négatifs.

Neumann et al. (2007b) investiguent l'influence du matériel émotionnel sur la récupération consciente avec du matériel visuel, ce qui en principe induit une charge émotionnelle plus importante. Les résultats montrent que même si patients et sujets contrôles évaluent de la même manière l'intensité émotionnelle des stimuli, les premiers donnent moins de réponses « remember », témoignant ainsi d'une moins bonne conscience autoŒtique, et ils affichent des performances meilleures au rappel pour les images positives que pour les images négatives, alors que l'inverse est observé chez les sujets contrôles. Ceci confirme l'idée que la schizophrénie est caractérisée par un déficit dans la reconnaissance des émotions négatives (An et al., 2003).

DÉPRESSION ET CONSCIENCE AUTOŒTIQUE

Différentes données sont en faveur d'une altération de la mémoire dans la dépression (Burt et al., 1995) et notamment au niveau de la mémoire autobiographique. Williams (1996) soutient l'idée que la récupération en mémoire autobiographique dans la dépression est caractérisée par une plus grande tendance à rappeler des événements surgénéralisés, c'est-à-dire répétés (qui sont apparus plus d'une fois) ou étendus dans le temps (durant plus d'une journée) que des événements spécifiques. La mémoire autobiographique épisodique renvoie non seulement à la capacité de rappeler un événement spécifique localisé dans le temps et dans l'espace mais également à la capacité de se souvenir de détails spécifiques permettant de discriminer des événements similaires (Piolino et al., 2003).

Lemogne et al. (2006) ont évalué la mémoire autobiographique épisodique chez des sujets déprimés et des sujets contrôles. La tâche consistait à rappeler, localiser et décrire un événement personnel positif et négatif pour différentes périodes de temps. Après la récupération de chaque souvenir, l'état de conscience était évalué via la procédure « R/K ». Les participants donnaient soit une réponse « R » lorsqu'ils se souvenaient de l'expérience subjective associée au contexte d'encodage, soit une réponse « K » lorsque la récupération avait lieu sans recollection consciente, soit une réponse « guess » si la récupération était incertaine. Ils devaient également donner le « point de vue » (« self-perspective ») accompagnant leur souvenir via la procédure « acteur/observateur ». Enfin, les participants devaient donner les détails contextuels (contenu émotionnel, détails spatiaux et temporels) pour

chaque réponse « R ». Les résultats mettent en évidence que les patients déprimés ont des difficultés à donner des détails spécifiques et qu'ils présentent une altération de la conscience autoŒtique et de la « self-perspective ». Ils donnaient significativement moins de réponses « R » que les sujets contrôles et se voyaient davantage en tant qu'observateurs. De plus, ces patients présentaient une altération générale de la mémoire autobiographique épisodique davantage pour les souvenirs positifs que négatifs, ceci est en accord avec les études montrant un rappel plus élevé de souvenirs négatifs que positifs dans la dépression (Josephson et al., 1996).

Comme souligné plus haut, la mémoire autobiographique joue un rôle critique dans la construction de l'identité personnelle (Conway et Pleydell-Pearce, 2000). Chez les sujets sains, le fait de se voir en tant qu'acteur est associé aux souvenirs ayant du sens par rapport au « self présent » alors que le fait de se voir comme un observateur est associé aux souvenirs renvoyant à un « self passé » (Libby et Eibach, 2002 ; Wilson et Ross, 2003). En accord avec ces études, les sujets sains attribuent habituellement leurs souvenirs négatifs à leur « self passé » (perspective « observateur ») et leurs souvenirs positifs au « self présent » (perspective « acteur »). Dans l'étude de Lemogne et al. (2006), les patients déprimés se voyaient moins comme des acteurs pour leurs souvenirs positifs que les sujets contrôles, suggérant qu'ils peuvent avoir des difficultés à attribuer leurs souvenirs positifs à leur « self présent ».

Il est bien connu que le neuroticisme, une dimension principale de la personnalité normale, et l'humeur dépressive sont fortement corrélés (Garber et al., 1980). Différentes études ont montré que cette dimension de personnalité influait sur le rappel d'événements négatifs. Ainsi, Young et Martin (1981) investiguent l'effet du neuroticisme sur le rappel de mots en relation avec des traits de personnalité positifs et négatifs, mots dont les sujets jugeaient qu'ils décrivaient leur personnalité. Les sujets élevés en neuroticisme avaient une plus grande tendance à rappeler sélectivement les informations qui les dépréciaient plutôt que celles qui leurs donnaient une image positive. De même, Lishman (1972) a mis en évidence que les sujets avec un score élevé en neuroticisme avaient plus tendance à rappeler des phrases négatives que les sujets avec un score bas à cette dimension. Lloyd et Lishman (1975) ont trouvé une corrélation significative entre le score en neuroticisme et la rapidité différentielle de rappel d'expériences personnelles plaisantes et déplaisantes chez des patients déprimés : la rapidité de rappel d'expériences déplaisantes, comparée à celle pour le rappel d'expériences plaisantes, augmentait avec le score en neuroticisme. Mayo (1983 ; 1989) rapportait que des sujets caractérisés par de hauts scores en neuroticisme rappelaient un plus grand nombre de souvenirs négatifs que positifs, et plus de souvenirs personnels malheureux qu'heureux. Une étude récente a montré que les personnes élevées en neuroticisme donnent également plus de projections négatives dans le futur (Mottet, 2007). Au total, ces études suggèrent que les personnes avec un score élevé en neuroticisme traitent préférentiellement les informations négatives les concernant.

Il est toutefois possible que les effets du neuroticisme sur le traitement des informations négatives et positives soient davantage fonction de l'état d'humeur des individus au moment du testing qu'à leur propre personnalité. Toutefois, Lloyd et Lishman (1975) ont mis en évidence que les effets du neuroticisme sur la rapidité de rappel des expériences personnelles plaisantes et déplaisantes restaient significatifs quand les effets de la dépression étaient contrôlés. Mais, comme cette étude portait sur un échantillon de patients déprimés, il n'est pas facile de déterminer si ces résultats peuvent être généralisés aux populations non cliniques.

Martin et al. (1983) confirment que les sujets avec un score élevé en neuroticisme rappellent significativement plus de mots négatifs et moins de mots positifs les concernant que les sujets avec un score bas à cette dimension et que cet effet est indépendant de la dépression. De plus, ce résultat n'est pas observé quand ils doivent décrire d'autres personnes. Les auteurs se sont plus particulièrement intéressés au mécanisme par lequel le neuroticisme influence le rappel d'informations négatives. Deux mécanismes peuvent être invoqués. Premièrement, les personnes élevées en neuroticisme peuvent sélectivement focaliser leur attention sur les informations négatives les concernant, ce qui amène à une meilleure rétention pour le matériel auquel les sujets ont fait attention. C'est l'hypothèse de l'attention sélective. Une seconde hypothèse suggère que si les personnes élevées sur cette dimension génèrent spontanément plus de mots négatifs les concernant que de mots positifs, il est possible que cela puisse augmenter la récupération ultérieure de mots négatifs (« generation hypothesis »). Martin et al. (1983) pensent que leurs données soutiennent l'hypothèse de l'attention sélective. En effet, les effets du neuroticisme sur le rappel semblent apparaître principalement durant le traitement initial de l'information nécessaire au stockage (hypothèse de l'attention sélective) plutôt que lors de la récupération comme suggérée par la seconde hypothèse. Le neuroticisme peut donc être vu comme une dimension favorisant la sensibilité à la détection de l'information négative seulement quand elle est relative à soi.

Les scores en neuroticisme, nous l'avons vu, sont associés à un rappel d'informations négatives relatives à soi, mais cet effet pourrait dépendre du niveau actuel de dysphorie. Bradley et Mogg (1994) ont investigué le rôle joué par l'humeur sur ces résultats. Ils ont divisé leur échantillon en un groupe de sujets dysphoriques « élevés » et un groupe de sujets dysphoriques « bas », et les résultats montraient que le neuroticisme prédisait une augmentation du rappel d'informations négatives seulement dans le groupe de sujets élevés en dysphorie. Ces résultats suggèrent que la tendance à rappeler des informations négatives peut être fonction d'une interaction entre une humeur dépressive et une personnalité vulnérable.

Toutefois, Ruiz-Caballero et Bermudez (2001) montrent que des sujets avec des scores élevés en neuroticisme rapportent moins de souvenirs d'événements heureux indépendamment de l'humeur dépressive. Cette tendance des sujets avec un score élevé en neuroticisme à rappeler des souvenirs personnels négatifs est compatible avec les résultats de Mayo (1983 ; 1989)

qui étudiait le rappel de souvenirs hautement significatifs et avec ceux de Martin et de ses collaborateurs (Martin et al., 1983 ; Young et Martin, 1981) qui s'intéressaient au rappel de mots à tonalité émotionnelle. Ces résultats confirment l'idée que des scores élevés en neuroticisme augmentent l'accessibilité et la récupération d'informations négatives, ce qui pourrait jouer un rôle clé dans la vulnérabilité à la dépression (Martin, 1985).

Des études antérieures montrent clairement que le neuroticisme influence la récupération d'événements personnels négatifs. Qu'en est-il des projections dans le futur ? Furnham et Cheng (1996) cherchent à déterminer si des sujets normaux avec des symptômes psychiatriques mineurs sont caractérisés par les mêmes processus concernant la mémoire des informations positives et négatives en relation avec la personnalité lorsqu'il s'agit d'imaginer des événements futurs. Les auteurs cherchent à savoir si la présence de ces symptômes peut être associée à un traitement sélectif de l'information négative comme c'est le cas pour le neuroticisme. Plus particulièrement, des individus anxieux et des individus dépressifs se distinguent des sujets sains par la perception qu'ils ont de la probabilité de vivre des événements personnels futurs. Les individus anxieux sont principalement caractérisés par un haut niveau d'affects négatifs et les individus dépressifs combinent les affects négatifs et les affects positifs. En conséquence, l'anxiété serait caractérisée principalement par des anticipations d'événements négatifs tandis que la dépression serait associée à une augmentation des anticipations négatives combinée à une réduction des anticipations positives.

MacLeod et Byrne (1996) s'intéressent à l'anticipation d'expériences positives et négatives futures en relation avec l'anxiété et la dépression. Ils évaluent chez des sujets anxieux, des sujets anxio-dépressifs et des sujets sains le nombre d'expériences futures positives et négatives qu'ils anticipent. Les résultats montrent que les sujets anxieux et le groupe de sujets anxio-dépressifs génèrent significativement plus d'expériences négatives futures que les sujets sains, mais que seuls les sujets anxio-dépressifs génèrent moins d'expériences positives futures que les sujets sains. Ces résultats sont en accord avec l'idée que l'anxiété est associée à une propension à avoir des pensées futures négatives mais pas à une diminution des pensées futures positives, alors que la dépression est associée à une augmentation du nombre de pensées futures négatives et à une diminution du nombre de pensées futures positives.

MacLeod et Salaminiou (2001) retrouvent les mêmes résultats avec une tâche de génération d'événements futurs dans un groupe de sujets déprimés et un groupe contrôle. Dans cette tâche, les participants doivent penser à des expériences futures positives qui pourraient leur arriver pour trois périodes de temps : la semaine prochaine, l'année prochaine et dans cinq à dix ans. Les auteurs trouvent que les patients déprimés génèrent moins d'anticipations positives que les sujets sains et qu'ils évaluent moins positivement leurs réponses par la suite. La différence entre les groupes concernant le nombre d'expériences positives anticipées était liée aux niveaux de dépression et non

aux niveaux d'anxiété. Ces résultats sont en accord avec l'idée que le manque d'anticipations positives dans la dépression est dû à une difficulté d'accès aux représentations mentales de ces expériences. Deux études antérieures du même groupe avaient déjà rapporté que des patients déprimés et des individus à

tendance suicidaire se distinguaient des sujets contrôles par le fait qu'ils donnaient peu de pensées positives concernant leur futur alors qu'il n'y avait pas de différences dans le nombre de pensées négatives qu'ils étaient capables de générer (MacLeod et Byrne, 1996 ; MacLeod et al., 1997).

CONCLUSIONS

La conscience autoŒtique est un élément central de notre identité. C'est elle qui nous permet d'envisager une continuité entre nos expériences passées, notre présent et notre futur. Elle nous permet de revivre consciemment nos épisodes de vie passés et de nous projeter dans le futur. Cette capacité essentielle pour notre adaptation à la réalité est cruellement déficitaire dans la schizophrénie et dans la dépression. Les patients schizophrènes éprouvent de grosses difficultés à se remémorer le passé comme des événements faisant partie d'eux-mêmes et plus encore ont difficile d'envisager le futur en accord avec leur identité. Dans la dépression, on constate essentiellement un biais vers les souvenirs et les projections négatives. Des perspectives thérapeutiques s'offrent en relation avec ces données, en permettant d'une part aux patients schizophrènes de mieux attribuer la source des souvenirs et d'envisager le futur comme une continuité de soi, et d'autre part, d'orienter davantage les patients dépressifs vers les souvenirs positifs et de construire un futur moins coloré négativement.

RÉSUMÉ

La conscience autoŒtique représente la capacité d'imaginer le passé en relation avec le futur et d'anticiper le futur en se basant sur les expériences passées. Cette capacité est centrale dans la construction de soi et dans le sentiment de continuité de l'identité. Autant nos souvenirs que nos projections dans le futur orientent notre manière de considérer la réalité. La conscience autoŒtique est altérée en psychopathologie, et plus particulièrement dans la schizophrénie et dans la dépression. Les patients schizophrènes ont des difficultés à rappeler des événements personnels spécifiques et n'ont pas une représentation consciente des souvenirs ; ils ne peuvent pas se remémorer exactement les conditions d'encodage. Ils éprouvent également de grosses difficultés à envisager le futur comme une continuité du présent. Dans la dépression, les résultats des études montrent que le rappel de souvenirs négatifs est plus aisé que le rappel de souvenirs positifs, biais rencontré aussi chez des personnes élevées en neuroticisme. Par ailleurs, les patients déprimés ont tendance à se projeter négativement dans le futur.

BIBLIOGRAPHIE

An S.K., Lee S.J., Lee C.H., Cho H.S., Lee P.G., Lee C.I., Lee E., Roh K.S., Namkoong K. Reduced P3 amplitudes by negative facial emotional photographs in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 64, 125-135 (2003).

Anderson S.J., Conway M.A. Investigating the structure of autobiographical memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 1178-1196 (1993).

Atance C.M., O'Neill D.K. Episodic future thinking. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 533-539 (2001).

Baddeley A.D. *Working Memory*. Oxford, England : Oxford University Press (1986).

Baddeley A.D. What is autobiographical memory? In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler, & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (Vol. 65, pp. 13-30). Dordrecht, The Netherlands : Kluwer Academic (1992).

Baddeley A.D. *Working Memory*. New-York : Oxford University Press (1993).

Barsalou L.W. The content and organization of autobiographical memories. In U. Neisser & E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory* (pp. 193-243). New York : Cambridge University Press (1988).

Bilder R.M., Goldman R.S., Robinson D., Reiter G., Bell L., Bates J. A. et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia : initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157, 549-559 (2000).

Bradley B.P., Mogg K. (1994). Mood and personality in recall of positive and negative information. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 137-141 (1994).

Brédart S., Van der Linden M. Mémoire. In J.A. Rondal (Ed.), *Introduction à la psychologie scientifique* (pp. 227-279). Bruxelles : Labor (1999).

Brewer W. What is recollective memory? In D.C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 19-66). Cambridge, England : Cambridge University Press (1996).

Burt D.B., Zembar M.J., Niederehe G. Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117, 285-305 (1995).

Calev A., Edelist S. Affect and memory in schizophrenia : negative emotion words are forgotten less rapidly than other words by long-hospitalized schizophrenics. *Psychopathology*, 26, 229-235 (1993).

Conway M.A., Pleydell-Pearce C.W. The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288 (2000).

Conway M.A. *Autobiographical memory: An introduction*. Buckingham : Open University Press (1990).

Conway M.A. A structural model of autobiographical memory. In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler, & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 167-194). Dordrecht, The Netherlands : Kluwer Academic (1992).

Conway M.A., Rubin D.C. The structure of autobiographical memory. In A.E. Collins, S.E. Gathercole, M.A. Conway, & P.E.M. Morris (Eds.), *Theories of memory* (pp. 103-137). Hove, Sussex, England : Erlbaum (1993).

D'Argembeau A., Raffard S., Van der Linden M. Remembering the past and imagining the futur in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 342-355 (2007).

- Danion J.M., Cuervo C., Piolino P., Huron C., Riutort M., Peretti C.S., Eustache F.** Conscious recollection in autobiographical memory : An investigation in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 14, 535-547 (2005).
- Danion J.M., Kazes M., Huron C., Karchouni N.** Do patients with schizophrenia consciously recollect emotional events better than neutral events? *American Journal of Psychiatry*, 160, 1879-1881 (2003).
- Danion J.M., Rizzo L., Bruant A.** Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 56, 639-644 (1999).
- Furnham A., Cheng H.** Psychiatric symptomatology and the recall of positive and negative personality information. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 731-733 (1996).
- Garber J., Abramson L.Y., Miller S.** The relationship between depression and anxiety. In J. Garber & M.E.P. Seligman (Eds.), *Human helplessness* (pp. 125-142). New York : Academic Press (1980).
- Gardiner J.M., Ramponi C., Richardson-Klavehn A.** Experimental of remembering, knowing, and guessing. *Consciousness and Cognition*, 7, 1-26 (1998).
- Ingvarg D.H.** « Memory of the future » : An essay on the temporal organization of conscious awareness. *Human Neurobiology*, 4, 127-136 (1985).
- Johnson M.K., Hashtroudi S., Lindsay D.S.** Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114, 3-28 (1993).
- Josephson B.R., Singer J.A., Salovey P.** Mood regulation and memory : Repairing sad moods with happy memories. *Cognition and Emotion*, 10, 437-444 (1996).
- Larsen S.F., Thompson C.P.** Reconstructive memory in the dating of personal and public events. *Memory and Cognition*, 23, 780-790 (1995).
- Lemogne C., Piolino P., Friszer S., Claret A., Girault N., Jouvent R. et al.** Episodic autobiographical memory in depression : Specificity, autoeotic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*, 15, 258-268 (2006).
- Libby L.K., Eibach R.P.** Looking back in time : Self-concept change affects visual perspective in autobiographical memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 167-179 (2002).
- Linton M.** Ways of searching and the contents of memory. In D.C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 50-67). Cambridge, England : Cambridge University Press (1986).
- Lishman W.A.** Selective factors in memory. Part 1 : Age, sex and personality attributes. *Psychological Medicine*, 2, 121-138 (1972).
- Lloyd G.G., Lishman W.A.** Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological Medicine*, 5, 173-180 (1975).
- MacLeod A.K., Byrne A.** Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 286-289 (1996).
- MacLeod A.K., Salaminiou E.** Reduced positive future-thinking in depression : Cognitive and affective factors. *Cognition and Emotion*, 15, 99-107 (2001).
- MacLeod A.K., Pankhania B., Lee M., Mitchell D.** Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. *Psychological Medicine*, 27, 973-977 (1997).
- Martin M.** Neuroticism as predisposition toward depression : A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, 6, 353-365 (1985).
- Martin M., Ward J.C., Clark D.M.** Neuroticism and the recall of positive and negative personality information. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 495-503 (1983).
- Mathews J.R., Barch D.M.** Episodic memory for emotional and nonemotional words in schizophrenia. *Cognition and Emotion*, 18, 721-740 (2004).
- Mayo P.R.** Personality traits and the retrieval of positive and negative memories. *Personality and Individual Differences*, 4, 465-471 (1983).
- Mayo P.R.** A further study of the personality-congruent recall effect. *Personality and Individual Differences*, 2, 247-252 (1989).
- Mottet C.** Approche différentielle de la conscience autoéotique. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié, Université de Liège (2007).
- Neisser U.** Nested structure in autobiographical memory. In D.C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 71-81). Cambridge, England : Cambridge University Press (1986).
- Neumann A., Philippot P., Danion J.M.** Impairment of autoeotic awareness for emotional events in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 450-456 (2007a).
- Neumann A., Blairy S., Lecompte D., Danion J.M.** Specificity deficit in the recollection of emotional memories in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 16, 469-484 (2007b).
- Nigro G., Neisser U.** Point of vue in personal memories. *Cognitive Psychology*, 15, 467-482 (1983).
- Piolino P., Desgranges B., Eustache F.** La mémoire autobiographique : Théorie et pratique. Marseille : Solal (2000).
- Piolino P., Desgranges B., Belliard S., Matuszewsky V., Lalevée C., de la Sayette V. et al.** Autobiographical memory and autoeotic consciousness : Triple dissociation in neurodegenerative diseases. *Brain*, 126, 2203-2219 (2003).
- Riutort M., Cuervo C., Danion J.M., Peretti C.S., Salame P.** Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 35-45 (2003).
- Robinson J.A., Swanson S.** Autobiographical memory : The next phase. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 321-335 (1990).
- Robinson J.A.** First experience memories : Contexts and functions in personal histories. In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler, & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (Vol. 65, pp. 223-240). Dordrecht, The Netherlands : Kluwer Academic (1992).
- Ruiz-Caballero J.A., Bermudez J.** Neuroticism, mood, and retrieval of negative personal memories. *The journal of general psychology*, 122, 29-35 (2001).
- Rusting C.L.** Personality, mood, and cognitive processing of emotional information : Three conceptual frameworks. *Psychological Bulletin*, 124, 165-196 (1998).
- Squire L.R., Kandel E.R.** *La mémoire : De l'esprit aux molécules*. Bruxelles : DeBoeck (2002).
- Suddendorf, T., & Corballis, M.C. (1997). Mental time travel and the evolution of the human mind. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 123, 133-167.
- Tulving E.** *Elements of episodic memory*. New-York : Oxford University Press (1983).
- Tulving E.** Memory and Consciousness. *Canadian Psychology*, 26, 1-12 (1985).
- Tulving E.** Organization of memory : Quo vadis ? In M.S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 839-846). Cambridge, MA : The MIT press (1995).
- Van der Linden M., Meulemans T., Belleville S., Collette F.** L'évaluation des troubles de la mémoire. In X. Seron & M. Van der Linden (Eds.), *Traité de neuro-psychologie clinique (Tome 1)* (pp. 115-155). Marseille : Solal (2000).
- Williams J.M.G.** Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. Rubin (Ed.), *Remembering our past : Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge, England : Cambridge University Press (1996).
- Wilson A.E., Ross M.** The identity function of autobiographical memory : Time is on our side. *Memory*, 11, 137-149 (2003).
- Wood N., Brewin C.R., McLeod H.J.** Autobiographical memory deficit in schizophrenia. *Cognition and Emotion*, 20, 336-347 (2006).
- Young G.C.D., Martin M.** Processing of information about self by neurotics. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 205-212 (1981).

Correspondance :
Professeur Michel Hansenne

Université de Liège
 Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
 Département de Science Cognitive
 5, Bld du Rectorat (B32), B-4000 Liège
 Tél. +32-4-3662390 - Fax: +32-4-3662944
michel.hansenne@ulg.ac.be

Publicité

Publicité

L'ÉVOLUTION INTÉRIEURE ET LA QUESTION SPIRITUELLE OU METANOÏA

REGARDS SUR L'ŒUVRE DE C.G. JUNG

INNER LIFE'S EVOLUTION, AND THE RELIGIOUS QUESTION (METANOÏA)
ATTENTION ON THE C.G. JUNG'S WORK

Emmanuel Brasseur¹

ONE'S INSPIRATION FROM TERNARY ANTHROPOLOGY OF MICHEL FROMAGET AND WITH CLAUDE TRESMONTANT'S REFLEXIONS ABOUT HEBRAIC THOUGHT, THE AUTHOR HAS THE AIM TO RENEW THE ATTENTION ON THE ORIGINAL VIEW OF C.G. JUNG'S THOUGHT IN OUR RATIONALE OCCIDENTAL CIVILISATION JUST AS HIS CONTRIBUTION TO SPIRITUAL QUESTION AND TO INNER MATURATION OF THE MAN.

Key words : C.G.Jung, Esprit, Psychothérapie, Empirique, Évolution intérieure, Psychologie analytique

UNE RÉVOLUTION COPERNICIENNE ?

Dans un ouvrage extrêmement documenté et paru initialement dans « Questions De » en 1991 chez Albin Michel, (Corps, Âme, Esprit) Michel Fromaget évoquait le caractère révolutionnaire des propositions de Nicolas Copernic (1473-1543) (Fromaget M.).

En démontrant que la terre tourne autour du soleil et non l'inverse, comme l'admettait jusque là le système géocentrique de Ptolémée (II^e PC), N. Copernic apporte aux sciences dites exactes un renversement complet de paradigme dont les conséquences se font sentir jusqu'à nos jours ! Sans cela notre science actuelle ne serait pas concevable.

M. Fromaget déplore alors que dans le champ des sciences humaines aucune révolution de cette ampleur n'ait encore eu lieu.

Pour lui, l'anthropologie actuelle reste encore beaucoup trop « égocentrée », pour paraphraser les reproches faits par N. Copernic à la science de son temps, qu'on pourrait qualifier de « géocentrée ».

Pour le formuler autrement, l'anthropologie actuelle, et les neurosciences, placent l'âme (le mental) au centre de gravité de la vie humaine : Le « cogito ergo sum » a eu pour conséquence malheureuse de conduire à la confusion de notre pensée avec notre Être et notre Personne et de réduire la vision anthropologique de l'Homme à une dualité « Corps et Âme », évacuant par le fait même la dimension spirituelle de l'homme et, partant, la question du sens de l'existence.

D'un point de vue étymologique le mot « âme » vient du latin *anima* (*animus*) d'où vient *animal*. L'âme est donc ce qui anime un être et correspond au psychisme quelque rudimentaire qu'il puisse être chez les animaux inférieurs.

Par des glissements successifs, après Descartes, Malebranche, Leibnitz etc., le mot « âme » a pris des connotations religieuses si importantes (probablement liées au fait que la dimension spirituelle s'y trouvait confondue) que l'on en est arrivé à caractériser par ce mot « âme » ce qui différencie l'homme de l'animal.

La différence qualitative entre l'homme et l'animal n'est pourtant pas de l'ordre du corps ni de l'âme (psychisme, mental) mais réside dans la possibilité d'accéder à la question du sens, c'est-à-dire la dimension spirituelle.

Tout l'ouvrage très fouillé, de Michel Fromaget, s'emploie à étayer l'hypothèse qu'une conception anthropologique tripartite, CORPS-ÂME-ESPRIT est indispensable, voire vitale pour ce qui est de l'avenir de l'homme.

Les sciences humaines se doivent, pour cet auteur, de devenir pneumo-centriques, alors qu'actuellement elles sont psychocentriques. Ainsi, à titre d'illustration, force est de constater que de l'anthropologie actuelle sont exclus les hommes qu'un avatar de l'existence a rendu végétatifs (et apparemment réduits au binôme corps-âme). Il en va de même pour ceux qui consacrent leur existence à la spiritualité, à quelques exceptions près. Les préoccupations de l'anthropologie sont dans la plupart des cas de l'ordre de la fonction mentale ou psychique (en ce compris la dimension sociologique).

Si les progrès de la connaissance sont impressionnants dans le monde physique, tant dans la compréhension de l'infiniment grand que dans celle de l'infiniment petit, ceux-ci sont dus à ces moments révolutionnaires qu'ont été, entre autres, la découverte de Nicolas Copernic, la relativité d'Albert Einstein et plus près de nous la théorie de la mécanique quantique. A l'intérieur même de ces sciences, il a fallu que s'opère un complet retournement de perspective, en quelque sorte une « metanoïa », ici à l'échelon collectif. (*metanoïa* en grec : changement de connaissance, transformation de la connaissance, conversion).

¹ Psychiatre - Directeur médical, Service de Santé mentale de Jolimont, Haine-Saint-Paul

Dans notre occident contemporain, l'âme (le psychisme, le mental) se tourne vers le corps et tourne le dos à un soleil qu'elle ne voit même plus. La conséquence en est une perte de plus en plus patente du rapport de l'âme à l'esprit, ce qui conduit probablement au manque de sens ressenti par notre société actuelle.

Si le lien de l'âme à l'univers, par le biais du corps, est patent dans nos sociétés, le lien par l'esprit quant à lui est en souffrance. Notre monde pourvoit à profusion aux besoins du corps et du mental : de la petite cuiller au lit conjugal, en passant par les médias en tout genre... Quant aux besoins spirituels, il y est répondu de façon si dérisoire... Les grandes religions ne sont plus que des administrations de symboles dont bien souvent le sens est perdu. Les églises se vident et un peu partout fleurit une néo-spiritualité qui ouvre la porte à toutes sortes de dérives.

Le mot « symbole » désigne précisément ces êtres (mots, dessins, idées...) qui ouvrent et œuvrent au passage du monde de l'âme au monde de l'esprit en les réunissant. Au plan étymologique « symbole » vient de *sumballein* en grec, qui signifie réunir, et il est opposé à *diaballein* (qui a donné diabolique) séparer.

Hors, c'est pourtant ce lien spirituel, qui se fait par le monde du symbole et qui relie l'homme au monde et à lui-même, qui fait de lui sa spécificité et donne sens à son existence.

Le développement de ce lien (spirituel), M. Fromaget le nomme *metanoïa* (ou conversion au sens étymologique) pour reprendre l'expression de toute la littérature patristique (cette transformation ou *metanoïa* se situe ici au plan individuel).

Il s'agit là d'une transformation, d'une métamorphose de l'homme dans son rapport à lui-même et au monde. C'est au travers de ce processus que se construit peu à peu la question du sens.

PENSÉE HÉBRAÏQUE ET PENSÉE GRECQUE

Si Michel Fromaget situe le basculement de la vision anthropologique de tripartite à bipartite aux alentours du XII^e siècle, avec le passage au gothique dans l'occident Chrétien ou, pour le judaïsme, avec les écrits de Maïmonide, cette négligence progressive du lien de l'âme à l'esprit est peut-être déjà la conséquence de l'héritage deux fois millénaire de la pensée grecque, féconde et riche certes, mais fondamentalement dualiste.

Le développement du christianisme (à la base de notre civilisation occidentale) dans le monde païen, grec, s'est fait en grande part sous l'influence de Paul, qui revendiquait sa citoyenneté romaine, mais qui avait été formé à Jérusalem chez Gamaliel (Marguerat D.) et (Decaux A.). De même l'élaboration du corpus biblique occidental est restée constamment dans une dialectique hébraïquo-grecque (Paul A.).

C'est ainsi que dans un petit essai, assez ancien, sur la pensée hébraïque, Claude Tresmontant (Tresmontant C.) montre bien le fossé qu'il ya entre ces deux mondes et leurs modes de pensée.

Nous avons d'une part la pensée grecque (platonicienne et néo-platonicienne), féconde par sa capacité d'abstraction et d'autre part la pensée hébraïque, concrète, issue d'un monde de nomades proches de la terre.

« Penser la genèse du réel comme une création, comme une opération éminemment positive, est une originalité de la tradition biblique. C'est un renversement total du point de départ de la métaphysique et du mouvement initial de la pensée, qui engage tout le reste. Les conséquences en sont immenses. Sur ce point fondamental d'où toute la métaphysique procède, la pensée hébraïque va exactement en sens inverse de la pensée grecque, elle remonte une pente que les métaphysiques grecques et après elles les métaphysiques modernes qui en acceptent les gestes initiaux, descendent, en ce sens précis que du point de vue grec, le réel sensible provient plutôt d'une descente, d'une dégradation, tandis qu'au contraire pour les Hébreux, il est le fruit d'un acte positif, d'une ascension, qui est la création. » (Tresmontant C. (a)) (p. 14) [...]

[...] « A l'idéalisme, la pensée hébraïque ressemblerait par son sens de l'intelligibilité du réel sensible, de la perméabilité essentielle du monde à l'intelligence ; car le monde été créé par la parole.

Mais la pensée hébraïque s'oppose irréductiblement à l'idéalisme par sa métaphysique réaliste de l'être, son amour du charnel, et son sens du travail et de l'action dans l'élément.

La pensée hébraïque est une pensée de paysans et de bergers.

En cela elle se rapprocherait du matérialisme. Son non dualisme accorde à l'élément et au corporel une importance qui rappelle la physique stoïcienne.

Mais contre un matérialisme comme celui de notre XIX^e siècle elle apporte sa conception de l'intelligibilité du corporel et son refus de toute entité manichéenne qui se caractériserait par l'opacité à l'esprit, l'idée d'une matière anti-esprit.

La pensée hébraïque pourrait s'appeler un matérialisme poétique, ou un idéalisme charnel. » (Tresmontant C. (b)) (p. 54).

Ainsi pour exprimer ce que contient ce type de pensée (biblique) notre langage occidental en est réduit aux oxymores, qu'une pensée dite rationnelle, et qui est majoritairement la nôtre, abhorre.

Le danger d'une pensée, même rigoureuse, mais qui n'est plus que pensée, devenue dualiste par ses capacités d'abstraction, coupe l'homme de son lien vital à l'univers. Il s'agit là, ainsi que l'a fort bien montré C.G. Jung tout au long de son œuvre, d'une position unilatérale du moi, prélude à une dissociation névrotique (dans le meilleur des cas).

C'est d'ailleurs, littéralement l'avertissement qui est donné à Adam dans le Jardin d'Eden.

Littéralement, ainsi que le démontre Paul Nothomb, dans les « Tuniques d'aveugles » (Nothomb P. (a)) (pp. 78-79) (il s'agit de son premier livre consacré à la traduction des premiers versets de la Genèse), il lui est dit « tu ne mangeras pas (le fruit) hors de l'arbre ». Ce qui signifie qu'il est déconseillé à l'homme de se mettre en rupture par rapport à cet arbre qui est un arbre différent des autres arbres du jardin et qui est en fait un arbre-code. Cet arbre-code pourrait se traduire approximativement par : « arbre du connaître totalement » ou « arbre de la Connaissance Globale » (Nothomb P. (b)) (p. 77).

Il y a rupture du code par *absorption* du « connaître totalement » **et séparation** d'avec l'« arbre ». C'est à ce niveau que semble se situer l'interdit fondamental.

N.B. : en hébreu, le terme qui désigne le couteau employé par Abraham pour le sacrifice d'Isaac est issu de la même racine sémantique que manger (Nothomb P. (c)) (p. 79).

JUNG

De ce point de vue, il est important de bien saisir que C.G. Jung, tout au long de son travail et de ses recherches a voulu rester, avec rigueur et opiniâtreté, *empiriste*, comme il le dit lui-même.

À son point de départ, sa carrière fût marquée par une double sensibilité : une approche plutôt objectivante avec ses recherches en 1900, au Burghözli, sur les expériences d'associations verbales. Il publie en 1907 « Psychologie de la Démence Précoce » (Jung C.G.) (*in Psychogenèse des maladies mentales pp. 11-187*). Ce livre traite des résultats de ses recherches sur les expériences d'associations verbales dans cette pathologie. Celles-ci l'ont conduit à formuler l'hypothèse des « complexes » et ont suscité une convergence avec « L'interprétation des rêves » de Freud et la notion de refoulement qui aboutira à la notion d'« ombre et d'inconscient personnel » chez Jung. Il s'en est suivi toute une période d'intense collaboration entre les deux hommes de 1906 à 1913 (leur première conversation, le dimanche 3 mars 1907 dura 13 heures !). Parallèlement, sa thèse de doctorat, publiée en 1902 « Psychologie et pathologie des phénomènes dits occultes » (Jung C.G.) (*in L'Énergétique psychique, pp. 118-218*) nous fait entrevoir les débuts d'un intérêt qui sera sans cesse plus marqué pour le caractère singulier de chaque patient ainsi que pour tout ce qui dépasse l'individu (mythes, religions, phénomènes médiumniques...) tout en lui étant relié.

Il s'est toujours préoccupé de l'homme dans sa totalité. Toute son œuvre témoigne d'une préoccupation constante de l'« Homme total », relié à l'univers par sa conscience, ses fonctions psychiques et son inconscient.

De ce point de vue, il faut bien considérer que les écrits de Jung ne sont pas en eux-mêmes l'exposition d'une théorie psychologique, mais qu'ils sont le reflet de son intense confrontation à

l'inconscient et à ses productions (mythes, religions...), confrontation qui s'est inaugurée lors de la rédaction de son livre « *Métamorphoses et symboles de la libido* » (Jung C.G.) et s'est poursuivie tout au long de sa vie. Ceci explique sans doute le fait qu'il ait été régulièrement mal compris, surtout par des lecteurs privilégiant exclusivement une lecture rationnelle.

Quant à son mode de compréhension du monde et de l'homme, Charles Baudouin dans son ouvrage « L'œuvre de Jung » (Baudouin C.), au travers de la chaleureuse description qui suit, traduit, de celui-ci, ce que Claude Tresmontant pointe comme étant caractéristique de la pensée hébraïque :

« Bâle, dimanche 7 octobre. (1934) »

C'est le moment de rassembler les impressions que m'a laissées, durant ces quelques jours, la personnalité de Jung, de nouer la gerbe, de dresser le portrait. Un portrait en pied, certainement, car je le revois parlant debout, enseignant debout. C'est le mot *stature* qui vient d'abord (et l'on mettra *nature* à la rime) ; ou le mot allemand *Gestalt*. Ce n'est pas un homme de cabinet ; c'est une force. [...]

[...] J'ai dit une force. Il faut parler d'une force bien campée, bien dressée, les deux pieds sur la terre. Il m'a été donné de le voir, au cours de ce séminaire, à la veille de la soixantaine, en pleine possession de cette force, cette force d'homme grisonnant mais vert encore, nullement déprimé par l'approche de la vieillesse, parce qu'il a appris d'avance à l'accepter comme une des saisons de la vie, et il sait bien que la vieillesse n'est déprimante et discordante que pour ceux qui la refusent, la camoufflent, et redoutent d'en intégrer les vertus. C'est malheureusement le cas de la plupart de nos contemporains occidentaux ; mais les « primitifs », toujours eux, qui lui ont tant appris, lui ont donné aussi cette leçon-là : il a vu chez eux le « beau vieillard » qu'on ne voit plus souvent chez nous ; et il a vu aussi, en chair et en os, le « vieux sage », dont il ne retrouve guère l'image et l'« archétype » en Europe, que dans les rêves de ses patients. Ce vieux sage, il est en passe de l'incarner, demain.

Ces derniers jours, quand il nous entretenait des tribus, des esprits de la forêt, de l'autre monde, mystérieux, qui s'anime tout à coup à la tombée de la nuit, il était plutôt le sorcier pénétré par les esprits dont il parle, habile à les évoquer, et à en faire planer sur l'assistance suspendue, la présence inquiétante ; puis, tout à coup, une bonne histoire détendait l'atmosphère, dans un rire bien placé. Une force dense et nourrie d'une somme compacte d'expérience humaine, et qui lui revient comme multipliée par l'adhésion de l'assistance, de sa tribu à lui, de ce cercle de disciples des deux continents, qui l'entoure et qui le porte. » (Baudouin C.) (p. 23-25)

Je proposerai donc de prendre comme axe de lecture de l'œuvre de Jung et de sa pensée, une orientation qui à l'instar de Claude Tresmontant, pourrait être qualifiée de « matérialisme poétique ou d'idéalisme charnel ».

Toute l'œuvre de Jung, n'est véritablement compréhensible que par une approche « concrète » : des concepts aussi fondamentaux que les archétypes, l'ombre, l'inconscient collectif, le Soi,

ou des notions aussi difficiles que le psychoïde ou la synchronicité ne sont véritablement accessibles que par une expérience concrète, un vécu. Une approche, uniquement théorique, de ses écrits se heurte ainsi, malheureusement trop souvent, à l'incompréhension. Jung, rappelons-le, fût le premier à recommander une expérience personnelle du processus analytique.

Pour une meilleure compréhension de ces notions, le lecteur non initié pourra néanmoins utilement se référer à l'ouvrage très accessible d'Aimé Agnel : « *Jung – La passion de l'autre* » aux éditions Milan (Agnel A.).

L'HOMME D'UN POINT DE VUE NEUROBIOLOGIQUE

Située à l'intersection des sciences humaines et des sciences exactes, la neurobiologie tire néanmoins son efficacité d'une position matérialiste réductrice.

Ce type d'approche dans le domaine des sciences exactes dites dures, par l'impasse que cette position réductrice implique, conduit les chercheurs à des considérations qui ont parfois une allure poétique, comme la description de certaines caractéristiques des composants de la matière : la couleur, le charme... Cette manière d'exprimer les choses fleurit d'autant plus que l'approche du réel atteint les confins de notre notion de matière : ainsi le paradoxe EPR et l'effondrement de la fonction d'onde en mécanique quantique.

De même quelqu'un comme Sir John Eccles, prix Nobel de médecine en 63 pour ses recherches en neurobiologie, en arrive à dire dans « *Evolution du cerveau et création de la conscience* » (Eccles J.) :

« Je maintiens, que le mystère de l'homme est incroyablement diminué (à tort) par le réductionnisme scientifique et sa prétention matérialiste à rendre compte du monde de l'esprit en termes de simple activité neuronale. Une telle croyance ne peut être considérée que comme une superstition. » [...] (Eccles J.(a)) (p. 322)

[...] « Puisque les solutions matérialistes sont incapables d'expliquer notre expérience d'unicité, je me sens contraint d'attribuer l'unicité du moi (ou de l'âme) à une création spirituelle d'ordre surnaturel. » [...] « C'est la certitude de l'existence d'un noyau intérieur d'individualité unique qui rend nécessaire l'idée de cette "création divine". » (Eccles J. (b)), (p. 317).

On est bien là en face de la nécessaire expérience personnelle. Celle-ci est en fait indispensable pour comprendre, expérimenter et vérifier sur soi-même la validité des hypothèses jungiennes sur la Psyché et son potentiel d'évolution.

Dans l'ouvrage déjà cité de Claude Tresmontant sur la pensée hébraïque, celui-ci montre bien les difficultés auxquelles conduit une conception matérialiste dualiste du réel :

« Penser qu'il y a au fond du réel de la "matière", c'est confondre fabrication et création : c'est croire que le réel a été fabriqué, comme nous le faisons pour les objets de notre

industrie, à partir d'un élément préexistant donné auquel aurait été surajouté une forme.

Un organisme n'est pas la synthèse d'une multiplicité donnée l'avance. L'organisme n'est pas parti d'une multiplicité préexistante qu'il aurait liée avec ce *syndesmos* qu'est l'âme ; l'organisme ne s'est pas fait à partir du cadavre. L'organisme s'est développé en partant d'un germe qui est une unité et il s'est spatialisé en s'assimilant des éléments extérieurs, en les intégrant à son unité, en se les incorporant. Dire qu'un organisme vivant est composé d'une matière multiple unifiée par une "forme", c'est une inversion : c'est supposer que le multiple est donné d'abord, que le vivant a été fait à partir de son cadavre.

La fabrication assemble des matériaux divers qu'elle réunit en leur imposant une certaine forme. Mais cette forme, dans un objet fabriqué, demeure extrinsèque, surajoutée ; elle "n'informe" pas réellement le matériau employé ; d'où la dualité entre la "matière" et la "forme". Au contraire l'organisation créatrice qui ne part d'une multiplicité d'éléments antérieurement donnés est une forme qui s'incorpore des éléments ; ces éléments intégrés ne sont plus, dans le corps, ce qu'ils étaient séparés, ni ce qu'ils seront après la désagrégation. L'unité est première ; elle ne domine pas d'une manière extérieure sur le multiple, mais le multiple est assimilé par elle ; la forme totale est antérieure à ses parties ; un organisme vivant est une forme ; l'homme est une "âme vivante". Il n'y a pas dualité substantielle entre une "matière" et une "forme".

Fabriquer consiste à imposer une forme qui nous est pratiquement utile à un élément organique qu'on appelle matériau ou matière. Comme la structure originale de cet élément qui nous sert de matériau ne nous intéresse pas en elle-même, mais seulement par rapport à cet objet que nous allons construire, nous aurons tendance à dire que le matériau n'a pas de forme. Ce n'est là qu'une manière de parler ; le bois a bien une forme, une structure infiniment complexe et plus subtile que je ne saurai jamais lui en donner ; le bois est, dans son intimité, jusqu'au niveau moléculaire et atomique, une forme ; mais ce n'est pas la forme que j'ai décidé de lui donner, table, pirogue ou dieu ; je déclarerai donc l'élément qui me sert de matière *informe*.

Si on imagine que le Réel a été fabriqué, à la manière humaine, on en vient à donner la priorité dans le monde visible à une « matière » originelle qui serait une réalité informe désorganisée, à laquelle il a été ajouté, par un demiurge, une « forme », un ordre qui est celui du cosmos. La matière, c'est le désordre, l'informe, l'indéterminé, qui doit être ordonné, informé, déterminé. Il semble qu'il y ait au fond du réel un manque d'ordre primordial qu'il ait fallu surmonter. "Il (Anaxagore) admet pour principes l'Un (car c'est ce qui est simple et sans mélange), et l'Autre, comme nous Platoniciens posons l'indéterminé, *to aoriston*, avant toute détermination et avant toute participation à une forme quelconque."

Dans la genèse de l'idée de "matière" il semble que les idées négatives : *apeiron*, *chaos*, *chôra*, aient joué un grand rôle. » (Tresmontant C.(c)), (p. 49-50)

L'hébreu est une langue concrète et n'a pas de mot pour exprimer la matière. L'hébreu ne parle que de ce qui existe et il faut bien reconnaître de ce point de vue que personne n'a jamais vu de « matière ». La pensée hébraïque a donc ce caractère empiriste si éloigné de notre pensée dualiste cartésienne. C'est, de ce point de vue, un regard qui correspond mieux à la lecture de l'œuvre de C.G. Jung.

RETOUR À JUNG

Pour l'homme « psychique » ou CORPS-ÂME que décrit M. Fromaget, et qui est le centre d'intérêt principal de nos sciences humaines cartésiennes, matérialistes-dualistes, le monde de l'esprit est dans sa réalité concrète un monde riche de valeurs insoupçonnées dont il se trouve malheureusement privé par ce postulat matérialiste-dualiste.

Sur base d'un tel postulat, comment comprendre des notions telles que : le bien, le mal, l'amour, l'agapè... ?

Il est bien sûr possible de s'en sortir par une pirouette darwinienne, en soulignant le bénéfice de l'altruisme dans le processus de sélection naturelle. Mais la question qui se pose alors aboutit inévitablement aux questions sur l'origine du monde et de la vie.

Notre capacité, toute humaine, à *fabriquer*, avec le pouvoir que cela nous donne, a contribué probablement à notre aveuglement sur le mystère permanent de la création et à projeter dans celle-ci, ainsi que Jung nous l'a bien montré, nos catégories de pensée. Ainsi nous comprenons erronément, dans une pensée dualiste et par projection intellectuelle de notre pouvoir de fabrication, le mystère de la création. Ce faisant, pour reprendre le mythe du jardin d'Eden, nous nous sommes emparés de la « connaissance globale » et séparés de « l'arbre ».

Par son approche empiriste, plus proche, ainsi que je le suggère, de la pensée hébraïque telle que la présente Claude Tresmontant, que de la pensée grecque, en reconnaissant aux mythes, aux productions du psychisme, leur réalité sensible, il revient à Jung d'avoir exploré et pointé les avatars du processus spirituel au sein de la psyché (qu'il considère dans sa dimension ÂME-ESPRIT) et d'avoir éclairé les mécanismes à l'œuvre à l'intérieur de celle-ci ainsi que ses dangers.

En simplifiant les choses, le « Moi-conscient », qu'il définit comme un complexe, en se confrontant à l'« ombre individuelle », qui au départ correspond peu ou prou à l'inconscient freudien, se retrouve confronté à ses contraires qu'il a ainsi dissociés et différenciés (ce qui est nécessaire à la prise de conscience). Le conflit psychique et la tension qui s'ensuit, active, au niveau de l'inconscient collectif, la « fonction transcendante » soutenue et organisée par l'archétype central de l'inconscient collectif (« Le Soi ») dans lequel les contraires ne sont pas séparés, pour conduire à la production de symboles (au travers de toutes les productions de la psyché individuelle et notamment les rêves) qui rééquilibrent la position consciente. Il s'agit d'une expérience très forte, intense, qu'il a

qualifiée de numineuse (*numen, numinis* : volonté divine). Elle sera le support *psychologique* de l'expérience de dieu au sens large (sans aucune affirmation théologique !), expérience qui se retrouve projetée sur tout ce que l'individu considèrera comme « image de dieu ».

Il pointe donc très nettement le potentiel évolutif et humanisant de la dimension spirituelle, cette dimension qu'il qualifie de numineuse, et qui conduit l'homme à éprouver très profondément son caractère complet, relié à lui-même et au monde. Mais il nous averti aussi du danger inhérent à l'ombre projetée produite par l'éclairage que cette expérience (de l'effet psychique de la fonction transcendante (le Soi)) donne au moi qui reçoit cette lumière.

D'un point de vue collectif d'ailleurs, cette ombre portée est redoutable si l'on jette un regard sur tous les « ismes » qu'elle génère. Elle se trouve amplifiée sans doute, par les systèmes institutionnels qui organisent et administrent ces « ismes » en tous genres. Cela, par la méconnaissance de l'ombre qui, sous couvert d'identification réciproque à un même idéal, se construit à l'insu même de ses protagonistes. Cette ombre méconnue débouche malheureusement rapidement sur des anathèmes et des excommunications. Jung insiste d'ailleurs tout au long de ses écrits, de ses lettres, de ses interviews, sur l'attention qu'il faut porter à l'ombre inhérente à tous les phénomènes de nature psychique, individuelle ou collective.

Cette expérience de « dieu » est néanmoins la seule qui nous rende complets. Elle naît dans la conscience par l'expérience de symboles (produits essentiellement par l'archétype central de la psyché : le Soi) et crée en quelque sorte une épiphanie.

« Plus on avance dans un chemin de méditation, plus cette part intérieure de notre âme se met à vibrer et à vivre ; l'âme devient prioritaire sous toute forme de concepts ...ouverture sur l'intériorité et l'invisible qui inclut le monde avec tout le sens de celui-ci...et de le transformer... » disait récemment un analysant.

C'est donc au travers de l'expérience intime où le Soi se connecte au Moi et à la Conscience que se fait l'expérience de la Totalité.

Mais si dans la vision hébraïque et biblique cette expérience est le fait d'un dieu infiniment bon et puissant, et tout de même régulièrement sadique et cruel, c'est-à-dire contenant en lui-même les opposés, dans la vision chrétienne, la question de la réalité du mal s'est trouvée évacuée par la théorie de la *privatio boni*, rendant le christianisme unilatéral. Cette problématique du mal peut se lire avec une acuité particulière dans le Livre de Job. Ce « dieu », quelque peu autiste, sur lequel se projette l'expérience du Soi, cherche à se parachever dans sa création (cfr. « Réponse à Job » (Jung C.G.)).

« La vie du Christ est précisément comme elle doit être pour être à la fois la vie d'un dieu et celle d'un homme. Elle est un symbolum – un symbole –, la synthèse de natures hétérogènes, un peu comme si l'on avait fondu en une personnalité unique Job et Yahvé. L'intention de Yahvé de devenir homme, qui a résulté de Sa confrontation avec Job, s'accomplit dans la vie et la souffrance du Christ ». (Jung C.G., *Réponse à Job*, p. 113).

Cela s'expérimente au travers de ce rapport dialectique constant entre le Moi et l'inconscient. (Jung C.G., *Dialectique du Moi et de l'inconscient*) qui amène à la production de symboles par la fonction transcendante (Le Soi).

« Cet esprit de vérité et de connaissance, c'est le Saint-Esprit par lequel le Christ a été engendré ; c'est l'esprit de la procréation physique et spirituelle qui, dorénavant, établira sa demeure dans le sein de la créature humaine. Mais comme le Saint-Esprit est la troisième personne de la divinité, *le fait implique très exactement que Dieu va se trouver engendré dans la créature humaine*. Cela entraîne une profonde modification du statut de l'homme, puisque celui-ci se trouve maintenant élevé, dans un certain sens, à la filiation divine et à une humanité semi-divine ». [...] (Jung C.G., *Réponse à Job*, (a) p. 159)

[...] « Que l'Esprit-Saint prenne demeure en l'homme est synonyme d'incarnation progressive de Dieu. Le Christ, comme fils engendré de Dieu, en même temps que médiateur préexistant, est un premier rejeton et un paradigme divin, qui sera suivi d'autres incarnations du Saint-Esprit dans l'homme réel. Mais ce dernier contribue aux ténèbres du monde et s'est pourquoi se crée, avec la mort du Christ, une situation critique bien faite pour occasionner mainte appréhension... » (Jung C.G., *Réponse à Job*, (b) p. 160).

Dans cette perspective, l'homme se trouve placé comme co-créateur du monde et du sens de celui-ci. Mais cette co-création implique, insiste Jung, la prise en compte de l'ombre (Cfr. Supra), particulièrement contrastée, que créent, par exemple, les « ismes », en illuminant la conscience de ceux qui en font l'expérience.

« Ce qui veut dire que même l'homme illuminé reste celui qu'il est, et qu'il n'est jamais davantage que son Moi limité vis-à-vis de Celui qui vit en lui, dont la forme ne possède pas de frontières discernables, qui l'enserme de toutes parts, profond comme les fondements de la terre, étendu à l'infini comme le ciel ». (Jung C.G., *Réponse à Job*, p. 241)

De l'existence de cette ombre, il pointe également tout le danger sociétal auquel conduit la méconnaissance de celle-ci, et dont notre époque a malheureusement fait quelques douloureuses expériences ! « On constate régulièrement une ignorance poussée à un degré surprenant relative à tout ce compartiment de notre psyché que l'on désigne du terme "d'ombre" : on ne veut connaître, on ne reconnaît que ses bonnes intentions, et quand les mauvaises ne peuvent plus être niées, on joue, pour sauver la face et se donner des apparences, "les surhommes" ou les "hommes d'une race de maîtres", qui s'arrogent le droit de vivre par delà les scrupules et qui se prétendent ennoblis par la grandeur de leur mission. » (Jung C.G., *Après la catastrophe in : Aspects du drame contemporain*, pp. 148-149).

Cette considération de l'ombre et son paradigme quaternaire, spécifiquement jungienne à mon sens, constitue probablement un des apports majeurs de Jung la compréhension du processus spirituel.

(Pour le lecteur intéressé, ce thème a été remarquablement analysé et développé par John P. Dourley, prêtre catholique et psychanalyste jungien dans « *La maladie du christianisme, l'apport de Jung à la foi* ». (Dourley J.P.))

CONCLUSIONS

L'œuvre de C.G. Jung est malheureusement, bien souvent mal comprise. Ces quelques lignes formulent l'hypothèse qu'elle l'est en raison du mode de lecture qui en est faite.

En s'éclairant de l'outil de compréhension élaboré par Claude Tresmontant sur la pensée hébraïque et en s'appuyant sur l'anthropologie ternaire proposée par Michel Fromaget, il semble que l'on peut proposer une grille de lecture qui évite les écueils générés trop souvent par une approche uniquement cartésienne et unilatérale des écrits de C.G. Jung.

L'approche de C.G. Jung est d'autant plus importante qu'elle ouvre la porte à une compréhension plus large de la question spirituelle, question vitale s'il en est pour l'avenir de notre humanité, question trop souvent confisquée par les grands systèmes religieux, administrateurs de symboles, et qu'il est urgent de rendre à chacun d'entre nous !

RÉSUMÉ

En s'inspirant de l'anthropologie ternaire proposée par Michel Fromaget et en éclairant celle-ci des réflexions de Claude Tresmontant sur la pensée hébraïque, il est proposé un certain regard sur l'aspect original de la pensée de C.G. Jung dans notre occident rationnel ainsi que sur son apport à la question spirituelle et à l'évolution intérieure de l'Homme.

Emmanuel Brasseur

Service de Santé mentale de Jolimont,

7100 Haine-Saint-Paul

Adresse privée : Clos des Princes 41, 7070 Le Roeulx

E-mail : emmanuel.brasseur@swing.be

RÉFÉRENCES

Agnel A. *Jung- La passion de l'Autre*, Éditions Milan, Toulouse, 2004.

Baudouin C. *L'œuvre de Jung et la psychologie complexe*, Petite bibliothèque Payot, 2002 (pp. 23-25).

Decaux A. *L'avorton de Dieu, Une vie de saint Paul*, Perrin, Desclée de Brouwer, 2003 (pp. 27-30).

Dourley J.P. *La maladie du christianisme, l'apport de Jung à la foi*, Bibliothèque jungienne Albin Michel, 2004.

Eccles Sir J.C. *Evolution du cerveau et création de la conscience*, Champs Flammarion, 1994 (a : p. 322) (b : p. 317).

Fromaget M. *Corps, Âme, Esprit Introduction à l'anthropologie ternaire*, Edifie LLN, 1998.

Jung C.G. Psychologie et pathologie des phénomènes dits occultes in : *L'Énergétique psychique* (pp. 118-218), Georg & Cie, S.A. Genève, 1981 ; 1902 pour l'édition originale.

Jung C.G. Psychologie de la démence précoce in : *Psychogenèse des maladies mentales*, Albin Michel, Paris, 2001 (pp. 11-187) ; 1907 pour l'édition originale.

Jung C.G. *Métamorphoses et symboles de la libido*, Éditions Montaigne, Paris, 1927 ; 1911 pour l'édition originale.

Jung C.G. *Dialectique du Moi et de l'inconscient*, Éditions Gallimard, Paris, 1964 ; 1928 pour l'édition originale.

Jung C.G. Après la catastrophe in *Aspects du drame contemporain* Georg & Cie, S.A. Genève, 1993 (pp. 148-149) ; 1945 pour l'édition originale.

Jung C.G. *Réponse à Job*, Buchet Chastel Méta Éditions, Paris, 2001 (a : p. 159) (b : p. 160) ; 1952 pour l'édition originale.

Marguerat D. Paul interprète de Jésus, in *Les premiers temps de l'Église*, Folio Histoire 124 Gallimard, 2004 (pp. 144-151).

Nothomb P. *Les tuniques d'aveugles*, Ela La Différence, Paris, 1990 (a : pp. 78-79) (b : p. 77) (c : p. 79).

Paul A. *La Bible et l'Occident, de la bibliothèque d'Alexandrie à la culture européenne*, Bayard, 2007.

Tresmontant Claude, *Essai sur la pensée hébraïque*, Éditions du Cerf (Lectio Divina 12), Paris, 1953 (a : p. 14) (b : p. 54) (c : pp. 49-50).

Publicité

LES TROUBLES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS

M. Desseilles^{1*}, G. Mikolajczak², C. Devue^{3*}, A. Muselle⁴, C. Debabèche⁵

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IS A FREQUENT AND DEBILITATING ILLNESS CHARACTERISED BY OBSESSIONS AND/OR COMPULSIONS. IT CAUSES A MAJOR DISTRESS FOR THE PATIENTS AND THEIR FAMILIES. EVALUATION SCALES CAN COMPLETE THE DIAGNOSIS WHICH IS MAINLY CLINIC. THE PHYSIOPATHOLOGY OF OCD IS NOT YET FULLY UNDERSTOOD ALTHOUGH SEVERAL ETIOLOGICAL HYPOTHESES HAVE BEEN PROPOSED AND DESPITE THE EXISTENCE OF VARIOUS TREATMENT APPROACHES. THIS REVIEW AIMED AT SUMMARIZING THE LAST PROGRESS MADE IN THE UNDERSTANDING OF THE OCD PHYSIOPATHOLOGY.

Key words : Psychiatry, Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, Physiopathology

INTRODUCTION

Le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une maladie fréquente classée dans les « troubles anxieux » du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000). Nous verrons dans cette revue que le TOC présente des différences avec les autres troubles anxieux (Bartz et Hollander, 2006) tant au point de vue épidémiologique, étiologique que de la comorbidité. De plus, le TOC appartiendrait à un ensemble plus large de troubles comprenant des symptômes obsessionnels ou compulsifs (Castle et Phillips, 2006).

EPIDÉMIOLOGIE

La prévalence à 12 mois du TOC chez les *adultes* varie entre 0,1 % et 2,3 % selon une méta-analyse récente faite à partir de 21 études européennes (Wittchen et Jacobi, 2005). De plus, il semble que le TOC soit présent dans de nombreux pays à travers le monde avec une prévalence quasi identique dans les différents pays où s'est déroulée l'étude à l'exception de Taiwan qui présentait une prévalence particulièrement basse (0,4 %) (Weissman et al., 1994). Chez les adultes, la prévalence du TOC serait globalement répartie de façon équivalente entre les hommes et les femmes (Sasson et al., 2001). La prévalence sur la vie est de l'ordre de 2 % (Ansseau et al., 1999).

Chez les *adolescents*, la répartition « homme-femme » du TOC est plus discutée. Ainsi, une étude indique que la prévalence chez les adolescents (moyenne d'âge de 16,6 ans) est de 0,53 % en moyenne mais serait environ deux fois plus élevée pour les garçons que pour les filles (Lewinsohn et al., 1993). Cependant, une autre étude sur un plus petit échantillon montre une prévalence de 4 % avec un ratio homme : femme de 0,7 : 1 (Douglass et al., 1995).

Chez les *enfants* entre 5 et 15 ans, une étude portant sur un large échantillon a montré une prévalence de 0,25 % (Heyman et al., 2003).

L'impact économique du TOC est très important et serait en partie dû au fait que la maladie est sous-diagnostiquée, et donc traitée trop tardivement, ce qui entraînerait des perturbations personnelles et professionnelles entre autres (Stein et al., 1996).

DESCRIPTION CLINIQUE

Le TOC (Figure 1) ne s'apparente que de loin à la névrose obsessionnelle (Figure 2) dans la mesure où la névrose obsessionnelle fait appel à la notion de structure psychique et fait appel à des mécanismes psychodynamiques particuliers qui ne sont pas pris en compte dans l'approche catégorielle du DSM-IV-TR. De plus, le TOC a peu à voir avec le « trouble de personnalité obsessionnel-compulsif » (Figure 3) ou la personnalité obsessionnelle (Figure 4). Il est considéré comme une entité psychopathologique à part entière par le courant psychiatrique qui s'inspire de l'approche prônée par le DSM (« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux). Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) (Figure 1), le TOC se caractérise par la récurrence d'obsessions et de compulsions, ce qui entraîne une souffrance importante du sujet mais aussi de sa famille. Les *obsessions* sont des pensées intrusives, dérangeantes, génératrices d'anxiété. Le sujet reconnaît que ses pensées sont issues de lui-même, et non imposées de l'extérieur comme c'est le cas chez certains patients psychotiques présentant des idées de référence. Les *compulsions* sont des actes ou des pensées exécutées en réponse aux obsessions, afin de les neutraliser et de diminuer

¹ Assistant en Psychiatrie, ULg, Aspirant FNRS, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sart-Tilman, Liège.

² Etudiante en premier master, faculté de médecine, Université de Liège.

³ Docteur en sciences psychologiques et de l'éducation, Collaborateur scientifique au FNRS, Département des sciences cognitives, Université de Liège.

⁴ Etudiante en quatrième doctorat, faculté de médecine, Université de Liège.

⁵ Assistante en psychiatrie, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sart-Tilman, Liège.

* M.D. et C.D. émergent au Fonds National de la Recherche Scientifique de Belgique.

Figure 1 Diagnostic DSM-IV-TR du Trouble Obsessionnel-Compulsif

Existence soit d'obsessions soit de compulsions.

Obsessions définies par :

- (1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
- (2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.
- (3) Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
- (4) Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées).

Compulsions définies par :

- (1) Comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
- (2) Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. N.B. : Ceci ne s'applique pas aux enfants.

Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

Si un autre Trouble de l'Axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de Peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur).

La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ni d'une affection médicale générale.

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées.

Figure 2 Description de la névrose obsessionnelle selon la nosographie française

La névrose obsessionnelle est définie par la survenue d'obsessions et de compulsions.

- (1) Les **obsessions** sont des contenus psychiques qui assiègent littéralement l'esprit et sont incoercibles malgré la lutte anxiieuse mise en œuvre pour tenter en vain de les chasser. Les contenus de pensée pouvant donner lieu à des obsessions sont très nombreux. Nous retiendrons entre autres, les obsessions **phobiques** (crainte spécifique qui existe en dehors de l'objet phobogène, ce qui la différencie des phobies spécifiques), les obsessions **idéatives** (ruminations obsédantes concrètes – mots, objets, chiffres, ... – ou abstraites – la vie, la mort, ... – ; débats de conscience interminables sur des vérifications, des omissions, des erreurs, ...), les obsessions **impulsives** ou « phobies d'impulsion » (crainte d'être amené de façon irrésistible à commettre un acte nuisible voire criminel).
- (2) Les **compulsions** sont des actes auxquels le sujet se sent contraint de manière répétitive, tout comme un rite, tout en reconnaissant leur caractère absurde, ridicule et embarrassant. Les plus fréquentes sont les rites de **lavage**, les rites de **vérifications**, les manies du **retour en arrière**, rites concernant l'habillement et la **toilette**, **arithmomanie** (calculs mentaux réalisés avant toute action), **onomatomanie** (recherche obsédante de la signification d'un mot, crainte de prononcer des mots tabous, rituels de mots conjuratoires).

Figure 3 Diagnostic DSM-IV-TR du Trouble de Personnalité Obsessionnel-Compulsif

Mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- (1) Préoccupations pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue.
- (2) Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex. : incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies).
- (3) Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
- (4) Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
- (5) Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
- (6) Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
- (7) Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures.
- (8) Se montre rigide et têtu.

Figure 4

Description de la personnalité obsessionnelle selon la nosographie française

Caractère bien structuré associant :

- (1) Un souci constant de l'ordre et de la propreté, une grande méticulosité, une ponctualité rigoureuse, un perfectionnisme. S'ensuivent différentes attitudes comme la fidélité aux engagements, le sens du devoir, l'attitude scrupuleuse dans les obligations, ...
- (2) Le sens de l'économie pouvant aller jusqu'à l'avarice en passant par la mesquinerie. Ces personnes ont des difficultés à partager et à donner ce qui va de pair avec le plaisir de possession et qui conduit fréquemment à amasser (collections, ...).
- (3) L'entêtement obstiné rend compte de la ténacité et de la persévérance de ces personnes. Elles sont souvent peu influençables et autoritaires.

Ces personnes cherchent fréquemment le mot exact et s'expriment avec concision. Elles sont froides et impassibles. Elles intellectualisent et ne laissent pas affleurer les affects qui pourraient les faire souffrir. La vie psychique de ces personnes paraît faite de souvenirs et de sentiments juxtaposés sans liens entre eux (mécanisme de défense : l'isolation). Un autre mécanisme de défense est fréquemment à l'œuvre : la formation réactionnelle ; c'est une attitude qui s'oppose à un désir refoulé et qui se constitue en réaction contre celui-ci. C'est donc d'abord un refoulement, puis un contre-investissement dans un élément conscient de force égale. Ainsi, la propreté excessive est une formation réactionnelle contre le goût de la saleté. De même, la soumission et la politesse exagérées sont des formations réactionnelles contre l'agressivité inconsciente intense.

ainsi l'anxiété. Au *début* de la maladie, l'individu peut tenter de résister aux compulsions, ce qui crée une grande anxiété. Au fur et à mesure de l'évolution et après plusieurs échecs de résistance, le sujet n'essayerait plus de combattre ses compulsions et se laisserait aller à elles, les intégrant dans ses activités quotidiennes.

SOUS-TYPES

Les TOC forment un groupe hétérogène. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, des phénotypes plus homogènes sont recherchés. En plus d'une description phénotypique, des endophénotypes (phénotypes étendus) basés sur des paradigmes neurophysiologiques, génétiques, immunologiques, neuropsychologiques ou neuroanatomiques (imagerie cérébrale) sont recherchés (de Mathis et al., 2006).

Il existe différentes manières de subdiviser les patients présentant un TOC : classifications **catégorielles** (catégories exclusives basées soit sur la présence de tics, soit sur l'âge de début, soit sur des antécédents d'infection streptococcique), classifications **dimensionnelles** (dimensions biologiques et comportementales non exclusives déterminées principalement à partir d'analyses factorielles) et extension du phénotype des TOC (trouble du spectre obsessionnel-compulsif) (de Mathis et al., 2006).

En plus de l'âge d'apparition du TOC (Delorme et al., 2005), l'évolution (chronique ou épisodique) (Perugi et al., 1998), le degré d'insight (bon ou mauvais) (Aigner et al., 2005; De Berardis et al., 2005; Eisen et al., 2004; Matsunaga et al., 2002; Ravi Kishore et al., 2004) ainsi que l'origine des obsessions (obsessions autogènes ou réactives à un stimulus extérieur spécifique) (Lee et Kwon, 2003) permettent également de classer les patients. De plus, différents groupes symptomatiques ont été mis en évidence par des analyses factorielles à partir d'échelles cliniques du TOC (Baer, 1994; Leckman et al., 1997; Summerfeldt et al., 1999). Ces différentes catégories de symptômes sont corrélées à des comorbidités psychiatriques spécifiques (Hasler et al., 2005).

Dans la présente synthèse, nous avons choisi de présenter quelques grandes classes de la subdivision par symptômes car cette subdivision est la plus fréquemment utilisée en clinique :

- 1) **Contamination** : crainte persistante d'être contaminé par des objets ou par d'autres personnes, ou de contaminer soi-même d'autres personnes, entraînant des compulsions de lavage.
- 2) **Vérification** : vérifications compulsives en réponse à des obsessions de doute (« ai-je bien fermé la porte, le gaz... ? »).
- 3) **Accumulation** : accumulation excessive d'objets multiples (voire de déchets) qui n'ont aucune utilité objective, en réponse à des obsessions concernant la peur de jeter quelque chose d'important ou qui pourrait servir.
- 4) **Agressivité/Sexualité** : pensées obsédantes concernant le fait d'avoir blessé ou tué quelqu'un et/ou images à contenu sexuel ou agressif venant sans cesse à l'esprit. Ces craintes peuvent parfois s'appliquer au patient lui-même. Cette classe de symptômes est aussi appelée « phobie d'impulsion ».

DIAGNOSTIC

AGE DE DÉBUT ET ÉVOLUTION

Selon une étude prospective (Skoog et Skoog, 1999) s'étant déroulée sur une période de 40 ans, il semble que le TOC apparaisse le plus souvent au début de l'âge adulte (40 %), avec néanmoins une proportion significative (29 %) d'individus ayant débuté la maladie avant l'âge de 20 ans. Toujours selon cette étude, un début précoce (avant 20 ans) est plus fréquent chez les garçons (44 %) que chez les filles (22 %) et un début tardif (dès 40 ans) ne se retrouve que chez 4 % des sujets.

Dans au moins 50 % des cas, le TOC débiterait dans l'enfance ou l'adolescence (Sasson et al., 2001). Mais, malgré cette haute fréquence de début précoce et probablement en raison de la honte qu'ils éprouvent à parler de leurs symptômes, les patients seraient généralement pris en charge bien plus tard dans leur vie (Hollander et al., 1996).

Notons que la présence d'obsessions et de compulsions fait partie du développement normal de l'enfant ; ainsi il faudra être

prudent afin de ne pas poser un diagnostic trop hâtif de TOC et se référer à la clinique qui inclut une évaluation des contextes personnel, développemental, familial et scolaire entre autres (Sahuc, 2006).

Chez la plupart des individus, le TOC semble s'améliorer naturellement avec le temps, bien que certains symptômes puissent persister (Skoog et Skoog, 1999). Le TOC a le plus souvent une évolution chronique, mais une évolution épisodique se verrait chez certains patients (Perugi et al., 1998), avec possibilité de « chronicisation » ultérieure (Sasson et al., 1997 ; Skoog et Skoog, 1999). L'évolution épisodique semble être associée plus fréquemment à un trouble de l'humeur de type bipolaire (Tukel et al., 2007) et être de meilleur pronostic (Skoog et Skoog, 1999).

Le contenu des obsessions pourrait être lié à l'évolution du trouble étant donné les comorbidités spécifiques des différentes obsessions (Hasler et al., 2005).

D'une manière générale on peut distinguer différents facteurs (Sasson et al., 2001) de mauvais pronostic (la « soumission » aux compulsions, le début dans l'enfance, des compulsions « bizarres », la nécessité d'une hospitalisation, la coexistence d'un trouble dépressif caractérisé, et la présence d'un trouble de personnalité) et différents facteurs de bon pronostic (une bonne adaptation sociale et occupationnelle, la présence de facteurs précipitants – par exemple : grossesse, perte, traumatisme, une évolution épisodique des symptômes).

SPECTRE DES TROUBLES APPARENTÉS AU TOC

De nombreuses autres maladies psychiatriques ou neurologiques présentent des comportements compulsifs ou impulsifs. C'est ainsi que des auteurs ont proposé un classement en termes de « spectre des troubles apparentés au TOC » selon une perspective dimensionnelle ou spectrale (Bouvard, 2006 ; Hollander et al., 2007). Un continuum dimensionnel a également été proposé (Hollander, 1993). Deux pôles sont présents, le pôle « compulsions » à une extrémité et un pôle « impulsions » à l'autre. Différentes pathologies sont situées sur cette dimension avec au pôle de compulsion, le TOC, et au pôle d'impulsion, le trouble de personnalité antisociale.

De plus, le spectre des troubles apparentés au TOC peut être divisé en trois groupes (Bouvard, 2006) :

- 1) Troubles se distinguant par la présence d'obsessions et de comportements répétitifs (pôle « compulsions ») : TOC, trouble dysmorphophobique, hypochondrie, dépersonnalisation, auxquels nous pourrions ajouter la schizophrénie (Kayahan et al., 2005) et les troubles du comportement alimentaire (Jimenez-Murcia et al., 2007) avec présence de TOC.
- 2) Troubles avec comportements impulsifs : kleptomanie, jeu pathologique, compulsions sexuelles, trichotillomanie, trouble de personnalité borderline et antisociale.
- 3) Maladies neurologiques avec symptômes obsessionnels-compulsifs : syndrome de Gilles de la Tourette, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, chorée de Sydenham

(atteinte due au streptocoque bêta-hémolytique, SBH), autisme, syndrome d'Asperger, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), torticolis spasmodique, auquel nous pourrions ajouter les troubles dus à des lésions cérébrales (incluant les accidents vasculaires cérébraux et les tumeurs cérébrales, les infections cérébrales et les accidents traumatiques du cerveau) (Coetzer, 2004).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Lorsque nous sommes face à des symptômes obsessionnels-compulsifs, il nous semble important de déterminer avant tout à quelle entité ils appartiennent : TOC idiopathique ou TOC secondaire à une autre maladie psychiatrique ou neurologique.

Habituellement, pour ce qui est du TOC idiopathique et du TOC associé à une autre maladie psychiatrique, l'examen psychique seul devrait suffire au diagnostic. L'examen clinique sera normal, si ce n'est parfois la présence d'atteintes cutanées dues aux lavages intempestifs.

Les examens physiques complémentaires seront le plus souvent indiqués lorsqu'il y a, suite à l'examen clinique, suspicion d'une maladie organique (neurologique ou infectieuse) sous-jacente. Par exemple, on réalisera des examens en électroencéphalographie et en imagerie cérébrale à la recherche d'une tumeur ou d'une maladie vasculaire cérébrale. De même, la recherche d'anticorps antistreptococciques ainsi que le frottis de gorge se fera si l'on suspecte une infection à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A.

ÉCHELLES D'ÉVALUATION

Il existe plusieurs échelles d'évaluation qui explorent différents aspects des obsessions-compulsions. Bien qu'elles soient non indispensables en pratique clinique, elles se montrent généralement très importantes pour la recherche, notamment afin d'accéder au sous-typage de TOC selon les différents types d'obsessions ou de compulsions. Nous présentons ici trois échelles fréquemment utilisées en recherche :

1. L'échelle d'obsessions-compulsions de Yale Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS) (Goodman et al., 1989a ; Goodman et al., 1989b) détecte pour chaque sujet pris individuellement ses trois principales obsessions-compulsions, et les évalue ensuite de façon globale selon cinq dimensions : durée, gêne, anxiété, degré de résistance, degré de contrôle.
2. L'inventaire de Padoue révisé (Padua Inventory – Revised, PI-R) (Sanavio, 1988 ; Van Oppen et al., 1995) est un auto-questionnaire subdivisé en sous-échelles représentant différents sous-types d'obsessions-compulsions obtenus par analyse factorielle : impulsion, comportement de lavage, comportement de vérification, rumination, précision.
3. L'inventaire d'accumulation (Saving Inventory – Revised, SI-R) (Frost et al., 2004) n'étudie que le comportement d'accumulation compulsive.

COMORBIDITÉ

Le TOC est associé à une comorbidité importante (Bouvard, 2006 ; Rasmussen et Eisen, 1990 ; Sasson et al., 2001). Les troubles associés les plus fréquemment observés sont : le syndrome dépressif, la phobie simple ou la phobie sociale, les troubles de l'alimentation et l'alcoolisme mais également les tics, les troubles de personnalité et la schizophrénie.

Les différents sous-groupes symptomatiques auraient des comorbidités psychiatriques spécifiques (Hasler et al., 2005). Ainsi les patients présentant principalement des obsessions agressives, sexuelles, religieuses ou somatiques et des compulsions de vérification auraient plus de troubles anxieux et de troubles dépressifs. Les patients ayant des obsessions de contamination et des compulsions de nettoyage auraient plus de troubles alimentaires. Les patients ayant des obsessions de symétrie et des compulsions de rangement, répétition et comptage auraient plus de troubles bipolaires et de troubles paniques.

La consommation d'alcool et d'autres substances (par exemple des anxiolytiques) semble être pour le sujet un moyen d'augmenter sa résistance aux obsessions-compulsions. L'humeur dépressive fréquemment associée est probablement due à la souffrance psychique et à la perte de temps qu'occasionne la maladie.

TROUBLE DE PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE (TPOC)

Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est considéré comme une entité psychopathologique à part entière par le courant psychiatrique qui s'inspire de l'approche prônée par le DSM-IV-TR. Le TPOC (Figure 3) ne s'apparente que de loin avec la personnalité obsessionnelle décrite dans la nosologie psychiatrique française (Figure 4).

Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est un des dix troubles de la personnalité décrits par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Il fait partie du groupe C des troubles de la personnalité, c'est-à-dire le groupe des personnalités anxieuses et craintives. Contrairement au courant analytique décrivant un continuum entre le normal et le pathologique (Gabbard, 2005), le DSM-IV-TR établit un seuil de pathologies et des catégories. Il faudra donc un certain nombre de critères pour poser un diagnostic de type binaire, « normal » versus « pathologique ». Cependant, les nouvelles classifications du DSM-V (Trull et al., 2007) devraient être plus dimensionnelles, rétablissant ainsi un continuum.

La distinction entre une aptitude personnelle (tendant vers la précision, la méticulosité et le contrôle, valorisée par la société actuelle), une pathologie de la personnalité (source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement) et un TOC caractérisé est parfois difficile et une approche dimensionnelle permettrait donc de résoudre en partie ce problème.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La présence des seules obsessions ou compulsions est suffisante pour poser le diagnostic de TOC selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Cependant, les seules obsessions sous la forme de ruminations congruentes à l'humeur et s'améliorant parallèlement au syndrome dépressif ne permettent pas à elles seules de poser le diagnostic de TOC (American Psychiatric Association, 2000). Il en va de même pour les troubles alimentaires ou les autres troubles associés présents dans le spectre des troubles obsessionnels-compulsifs ainsi que pour l'hypocondrie ou le trouble anxieux généralisé (Bouvard, 2006).

ÉTIOPATHOGÉNIE

L'étiopathogénie du TOC semble être psychique et biologique. D'un point de vue psychique, divers modèles se sont succédés au cours du temps (Bouvard, 2006) (Figure 5). D'un point de vue biologique, le TOC semble être une entité hétérogène impliquant probablement des facteurs génétiques, des facteurs cérébraux structurels et fonctionnels, les systèmes de neurotransmission et le système immunitaire. Cependant, en ce qui concerne le rôle respectif précis de tous ces facteurs, les études n'en sont encore qu'au début et des recherches plus poussées sont en cours.

Figure 5 Modèles étiopathogéniques classiques et récents du TOC

Pour le détail des différents modèles, se référer à Bouvard, 2006.

- Classiques
 - Le modèle de la **psychasthénie** de Janet insistant sur le niveau de tension psychologique.
 - Le modèle de **névrose obsessionnelle** de Freud insistant sur les mécanismes de défense du Moi contre des conflits inconscients réprimés par le Surmoi (isolation, déplacement, formation réactionnelle, inhibition, ...).
 - Le modèle **comportemental** de Beech et Perrigault insistant sur l'habituation et celui de Mowrer insistant sur l'évitement de la réponse fournissent une explication au maintien des symptômes.
- Récents
 - Le modèle **cognitif**
 - Le modèle **biologique** et neuropsychologique repose sur 4 aspects :
 - L'imagerie fonctionnelle montrant des dysfonctions des circuits frontaux sous-corticaux
 - Les troubles neurologiques accompagnés de TOC
 - L'importance du cortex frontal dans l'inhibition cognitive et comportementale
 - L'importance du système sérotoninergique dans le TOC
 - Le modèle **intégratif** propose deux aspects :
 - Le spectre des TOC proposé par Hollander
 - Le modèle de l'impulsivité perçue et de la compulsivité compensatoire de Cottraux.

GÉNÉTIQUE

Beaucoup de recherches ont utilisé les études sur jumeaux monozygotes et dizygotes afin d'essayer de déterminer la part des facteurs génétiques et environnementaux d'une pathologie psychiatrique. Ainsi, si le taux de concordance pour une pathologie donnée est de 100 % pour les jumeaux monozygotes, on peut conclure que cette pathologie est le plus probablement purement génétique.

Les études de jumeaux montrent une concordance beaucoup plus importante chez les monozygotes (87 %) par rapport aux dizygotes (47 %), suggérant une composante génétique du TOC (Carey et Gottesman, 1981 ; Sasson et al., 2001).

Dans les études familiales, les parents du premier degré de sujets atteints de TOC sont eux-mêmes plus souvent atteints que les sujets contrôles (Kim et Kim, 2006), mais on ne peut pas exclure dans ces études l'influence de l'environnement familial.

Les études de screening génétique réalisées jusqu'à présent dévoilent la probable implication des gènes relatifs aux systèmes de neurotransmission, notamment sérotoninergique et dopaminergique (Kim et Kim, 2006).

CORRÉLATS NEUROANATOMIQUES

Imagerie anatomique

Les images réalisées par scanner ou résonance magnétique nucléaire montrent des différences structurales au niveau de certaines régions du cerveau des sujets atteints de TOC (Malizia, 2005) : le striatum, la substance blanche corticale, la substance grise du cortex fronto-orbitaire et l'amygdale. Les résultats de différentes études sont équivoques. Il s'agit de différences de volume allant soit vers l'augmentation, soit vers la diminution. Par ailleurs, certaines études n'observent pas de différences entre les patients et les contrôles (voir (Malizia, 2005) pour une revue détaillée). Chez l'enfant, on a retrouvé une augmentation des fibres myélinisées du corps calleux et une diminution du volume thalamique.

Imagerie fonctionnelle

Les études en imagerie fonctionnelle au repos montrent l'existence dans le TOC d'un dysfonctionnement, dans le sens d'une hyperactivité, au niveau de certaines structures cérébrales (Malizia, 2005) : entre autres, les lobes frontaux (surtout le cortex fronto-orbitaire), les ganglions de la base (surtout les noyaux caudés) et le gyrus cingulaire antérieur. Globalement, il s'agirait d'un dysfonctionnement du circuit reliant le cortex frontal, le thalamus et les ganglions de la base. Cependant, d'autres études n'ont pas montré d'anomalie fonctionnelle au repos ou bien ont révélé un hypométabolisme plutôt qu'une hyperactivité (voir (Malizia, 2005) pour une revue détaillée).

NEUROTRANSMISSION

C'est l'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Cartwright et Hollander, 1998) dans le traitement du TOC qui

a conduit les chercheurs à s'intéresser au système de neurotransmission sérotoninergique comme étant probablement impliqué dans ce trouble. Les études réalisées jusqu'à présent montrent que non seulement le métabolisme sérotoninergique (Cartwright et Hollander, 1998), mais aussi d'autres systèmes de neurotransmission comme la voie dopaminergique (Marazziti et al., 1992), jouent probablement un rôle dans le TOC.

AUTO-IMMUNITÉ

On retrouve des manifestations obsessionnelles-compulsives chez 70 % des enfants présentant une chorée de Sydenham (Swedo et al., 1994), celle-ci étant due à une infection par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA). Dans ce cas, les manifestations obsessionnelles-compulsives seraient liées aux anticorps contre le SBHA qui s'attaqueraient aussi aux ganglions de la base, et le TOC appartiendrait alors au groupe d'entités cliniques nommé « maladies neuropsychiatriques auto-immunes associées aux infections à streptocoque » (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections, PANDAS) (Swedo et al., 2004).

TRAITEMENT

Pour les TOC primaires (Bouvard, 2006), les guidelines préconisent généralement l'association psychothérapie-pharmacothérapie (Cottraux et al., 1990). De nouvelles techniques comme la stimulation magnétique transcrânienne et la stimulation des noyaux gris de la base semblent prometteuses dans les cas difficiles à traiter. La chirurgie est utilisée de manière exceptionnelle.

Pour les TOC secondaires, le traitement est celui de la pathologie primaire. Par exemple, pour le TOC dans la chorée de Sydenham, le traitement par immunoglobulines intraveineuses et par plasmaphérèse s'est montré efficace (Swedo et al., 2004).

PSYCHOTHÉRAPIE

Quelle que soit l'orientation (cognitivo-comportementale, psychanalytique, systémique) de la psychothérapie, des entretiens préliminaires sont fortement indiqués. Lors de ces entretiens préliminaires, une évaluation clinique précautionneuse aura lieu afin de pouvoir examiner le contexte de survenue du symptôme. L'indication d'une thérapie individuelle, de couple, de famille ou de groupe ou l'absence d'indication d'une thérapie devra être évaluée. De même, l'orientation la plus appropriée à la demande et à la situation du patient devrait être discutée lors des premiers entretiens.

Cognitivo-comportementale

La psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) considère le symptôme du patient comme extérieur à lui et son but est de faire disparaître le symptôme. La TCC est fortement indiquée dans le TOC en raison de ses bons résultats pour faire

disparaître le symptôme obsessionnel-compulsif (Bouvard, 2006). La stratégie comportementale consiste en une prévention de la réponse compulsive lorsque le sujet est exposé graduellement aux stimuli déclencheurs des obsessions-compulsions. Elle est combinée à une thérapie cognitive destinée à modifier les fausses croyances liées aux obsessions.

Ainsi, une TCC basée sur l'exposition (en imagination ou dans la réalité) au stimulus anxiogène et la prévention des réponses ritualisées suite à cette exposition sera proposée aux patients voulant se débarrasser de leurs symptômes sans forcément vouloir analyser la raison historique de la survenue de ces symptômes.

Psychanalytique

La psychothérapie d'orientation analytique considère le symptôme du patient comme faisant partie de lui et son but est de mettre à jour le contenu latent de ce que manifeste le symptôme. L'analyse du sens que prend le symptôme et de la place qu'il va occuper dans l'économie psychique du sujet ainsi que dans la dynamique interpersonnelle sera au centre des consultations.

Systémique

La psychothérapie systémique considère le symptôme comme étant un révélateur de dysfonctions relationnelles (de couple, de famille, de groupe, soit de « système »). Ainsi, un patient présentant un TOC peut être un patient cible, révélateur d'un problème familial, de couple, parental, etc.

PHARMACOTHÉRAPIE

Antidépresseurs

Les antidépresseurs inhibant la recapture de la sérotonine sont efficaces dans le TOC (Bouvard, 2006). La première molécule à avoir montré son efficacité est la clomipramine, ensuite sont apparus les SSRI (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). Ces derniers, bien que légèrement inférieurs en terme d'efficacité par rapport à la clomipramine, sont actuellement indiqués en première ligne en raison de leur meilleur profil de sécurité.

Stahl décrit quelques caractéristiques essentielles du traitement par SSRI dans le TOC (Stahl, 2000). Tout d'abord, la dose de départ est la même que dans la dépression mais la dose d'entretien est plus élevée parce que les effets thérapeutiques sont moindres chez les patients présentant un TOC que chez les patients dépressifs. Ensuite, la réponse clinique est d'environ 50 %, ce qui est moins que dans la dépression. Le début de cette réponse clinique est plus tardif que dans la dépression et il est recommandé d'attendre entre 12 et 26 semaines pour déterminer si on observe une réponse clinique ou pas. Enfin, certains patients répondent mieux à un SSRI qu'à un autre.

D'autres suggèrent de choisir les SSRI en fonction de leur pharmacocinétique (Bouvard, 2006). Ainsi, par exemple, le citalopram et la sertraline, n'induisant presque pas d'inhibition des

enzymes hépatiques à cytochromes P450, interagiront moins avec des co-médications. La fluoxétine a une demi-vie longue et est ainsi intéressante pour les patients présentant une faible compliance au traitement pharmacologique. Cependant, elle ne serait pas le meilleur choix pour les patients agités ou ayant des antécédents de troubles de l'humeur maniaques ou hypomaniaques (Bouvard, 2006).

Les doses utilisées seront donc en tous cas plus importantes que dans la dépression. Plusieurs SSRI devront parfois être essayés, sur une période suffisamment longue, afin de trouver celui auquel le patient répond le mieux. Après plusieurs essais successifs et sans résultat de trois SSRI prescrits aux doses maximales, on peut donner de la clomipramine. Cependant, il faudra rester attentif au risque de syndrome sérotoninergique et s'assurer que les SSRI ont eu le temps d'être éliminés de l'organisme avant de débiter le traitement à la clomipramine.

Si la clomipramine par voie orale ne donne toujours pas de résultat satisfaisant, il est possible de l'administrer par perfusion intraveineuse sous forme de cure.

Augmentation

Bien que les SSRI soient la base du traitement, de nombreux patients sont réfractaires à ce seul traitement pharmacologique ou leur réponse clinique est incomplète. L'augmentation consiste à ajouter une autre médication jouant sur le système sérotoninergique, une substance intervenant au niveau d'un autre système ou bien une intervention non pharmacologique. Ainsi, par exemple, l'ajout d'un neuroleptique atypique en cas de non-réponse ou de réponse partielle au traitement antidépresseur semble efficace (Skapinakis et al., 2007). Les neuroleptiques sont plus particulièrement indiqués lors de la présence de tics et /ou de symptômes psychotiques associés ainsi qu'en présence d'un syndrome de Gilles de la Tourette.

STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE RÉPÉTITIVE

Il s'agit d'une technique non invasive. A travers le crâne, un courant électrique produit par un champ magnétique est délivré au niveau de régions stratégiques du cerveau. L'utilisation de cette technique étant assez récente, les résultats cliniques qui en découlent sont encore assez équivoques et d'autres études doivent être réalisées (Martin et al., 2003).

ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est une technique médicale consistant à délivrer un choc électrique au niveau du crâne, ce qui engendre une crise convulsive généralisée accompagnée d'une perte de conscience. L'ECT est utilisée sous narcose afin que le patient n'ait pas les effets secondaires de la crise d'épilepsie induite par le traitement.

Cette technique n'est pas utilisée en première intention dans le TOC. Elle présenterait un intérêt en cas de syndrome dépressif caractérisé associé au TOC (Thomas et Kellner,

2003), dans les cas réfractaires (Maletzky et al., 1994) au traitement psychothérapeutique et pharmacologique ou dans les cas de TOC associés à un syndrome de Gilles de la Tourette (Strassnig et al., 2004).

STIMULATION DES NOYAUX GRIS DE LA BASE (DBS = DEEP BRAIN STIMULATION)

Ce traitement n'est proposé que dans les cas de TOC résistants et suite à la décision d'un collège d'experts (Bouvard, 2006). En effet, il s'agit là d'un traitement assez invasif qui ne devrait donc être utilisé qu'en dernier recours.

Le placement d'électrodes au niveau des régions profondes du cerveau est au départ une technique utilisée chez les sujets parkinsoniens réfractaires. On a remarqué que lorsque des symptômes obsessionnels-compulsifs étaient présents, ceux-ci s'amélioraient également après la mise en place des électrodes, ce qui suggère l'utilisation de cette technique dans le TOC.

Les électrodes agiraient en inhibant les circuits hyperfonctionnels retrouvés dans le TOC (en fait, l'hyperstimulation générée par les électrodes au niveau de ces circuits aurait comme conséquence de les inhiber).

PSYCHOCHIRURGIE

Les procédures consistent à sectionner les fibres nerveuses des circuits hyperactifs entre le cortex et les ganglions de la base (Bouvard, 2006). Quatre types d'interventions ont été développés : la cingulotomie, la tractomie subcaudée, la leucotomie limbique (combinant la tractomie subcaudée et des lésions au niveau du cingulum) et la capsulotomie.

Ces interventions ne donnent pas d'amélioration clinique dans tous les cas et, de plus, elles ne sont pas dépourvues d'effets

secondaires irréversibles tels que des crises d'épilepsie sur cicatrice gliale ou des infections cérébrales. C'est pourquoi la psychochirurgie n'est utilisée qu'en dernier recours dans certains hôpitaux seulement, et après décision d'un comité d'experts.

CONCLUSION

Le TOC est une maladie fréquente et hétérogène. Des sous-typages cliniques ont été proposés en vue de diminuer l'hétérogénéité de ce trouble. D'un point de vue étiologique, la tendance actuelle est de l'inclure dans un spectre faisant partie d'autres troubles psychiatriques et/ou neurologiques ayant en commun la présence d'obsessions ou de compulsions. Le traitement proposé actuellement doit être au minimum composé d'une psychothérapie. Si une prise en charge pharmacothérapeutique s'avère nécessaire, les antidépresseurs sérotoninergiques semblent être les plus indiqués en première ligne.

RÉSUMÉ

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une maladie fréquente et débilissante caractérisée par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. Ce trouble entraîne une détresse importante tant pour la personne qui en souffre que pour son entourage. Le diagnostic, avant tout clinique, peut s'appuyer sur différentes échelles d'évaluation. Bien que plusieurs hypothèses étiopathogéniques existent et que différents traitements soient proposés, la physiopathologie de ce trouble reste encore largement inconnue. Le but de cette revue est de synthétiser les dernières avancées en matière de physiopathologie du TOC.

BIBLIOGRAPHIE

Aigner M., Zitterl W., Prayer D., Demal U., Bach M., Prayer L., Stompe T., Lenz G. Magnetic resonance imaging in patients with obsessive-compulsive disorder with good versus poor insight. *Psychiatry Res* 140, 173-179 (2005).

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), Washington, DC (2000).

Ansseau M., Reggers J., Nickels J., Magerus S., Pull C. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Luxembourg. (1999).

Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry* 55 Suppl, 18-23 (1994).

Bartz J.A., Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30, 338-352 (2006).

Bouvard. Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications. Parus (2006).

Carey G., Gottesman I. Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders, New York, 117-136 (1981).

Cartwright C., Hollander E. SSRIs in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 8 Suppl 1, 105-113 (1998).

Castle D.J., Phillips K.A. Obsessive-compulsive spectrum of disorders : a defensible construct? *Aust N Z J Psychiatry* 40, 114-120 (2006).

Coetzer B.R. Obsessive-compulsive disorder following brain injury : a review. *Int J Psychiatry Med* 34, 363-377 (2004).

Cottraux J., Mollard E., Bouvard M., Marks I., Sluys M., Nury A.M., Douge R., Cialdella P. A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 5, 17-30 (1990).

De Berardis D., Campanella D., Gambi F., Sepede G., Salini G., Carano A., La Rovere R., Pelusi L., Penna L., Cicconetti A., Cotellessa C., Salerno R.M., Ferro F.M. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255, 350-358 (2005).

De Mathis M.A., Diniz J.B., Do Rosario M.C., Torres A.R., Hoexter M., Hasler G., Miguel E.C. What is the optimal way to subdivide obsessive-compulsive disorder? *CNS Spectr* 11, 762-768, 771-764, 776-769 (2006).

Delorme R., Golmard J.L., Chabane N., Millet B., Krebs M.O., Mouren-Simeoni, M.C., Leboyer M. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 35, 237-243 (2005).

Douglass H.M., Moffitt T.E., Dar R., Mcgee R., Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds : prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34, 1424-1431 (1995).

- Eisen J.L., Phillips K.A., Coles M.E., Rasmussen S.A.** Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 45, 1015 (2004).
- Frost R.O., Steketee G., Grisham J.** Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther* 42, 1163-1182 (2004).
- Gabbard G.O.** *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (2005).
- Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Delgado P., Heninger, G.R., Charney D.S.** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 46, 1012-1016 (1989a).
- Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Fleischmann R.L., Hill C.L., Heninger G.R., Charney D.S.** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46, 1006-1011 (1989b).
- Hasler G., Lasalle-Ricci V.H., Ronquillo J.G., Crawley S.A., Cochran L.W., Kazuba D., Greenberg B.D., Murphy D.L.** Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 135, 121-132 (2005).
- Heyman I., Fombonne E., Simmons H., Ford T., Meltzer H., Goodman R.** Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Int Rev Psychiatry* 15, 178-184 (2003).
- Hollander E.** *Obsessive-Compulsive related disorders.*, Washington, DC, (1993).
- Hollander E., Greenwald S., Neville D., Johnson J., Hornig C.D., Weissman M.M.** Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety* 4, 111-119 (1996).
- Hollander E., Kim S., Khanna S., Pallanti S.** Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectr* 12, 5-13 (2007).
- Jimenez-Murcia S., Fernandez-Aranda F., Raich R.M., Alonso P., Krug I., Jaureta N., Alvarez-Moya E., Labad J., Menchon J.M., Vallejo J.** Obsessive-compulsive and eating disorders: comparison of clinical and personality features. *Psychiatry Clin Neurosci* 61, 385-391 (2007).
- Kayahan B., Ozturk O., Veznedaroglu B., Eraslan D.** Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 59, 291-295 (2005).
- Kim S.J., Kim C.H.** The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. *Yonsei Med J* 47, 443-454 (2006).
- Leckman J.F., Grice D.E., Boardman J., Zhang H., Vitale A., Bondi C., Alsobrook J., Peterson B.S., Cohen D.J., Rasmussen S.A., Goodman W.K., McDougle C.J., Pauls D.L. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 154, 911-917 (1997).
- Lee H.J., Kwon S.M.** Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther* 41, 11-29 (2003).
- Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Seeley J.R., Andrews J.A.** Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 102, 133-144 (1993).
- Maletzky B., Mcfarland B., Burt A.** Refractory obsessive compulsive disorder and ECT. *Convuls Ther* 10, 34-42 (1994).
- Malizia A.L.** *Brain Imaging in Affective Disorders*, Chichester (2005).
- Marazziti D., Hollander E., Lensi P., Ravagli S., Cassano G.B.** Peripheral markers of serotonin and dopamine function in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 42, 41-51 (1992).
- Martin J.L., Barbanj M.J., Perez V., Sacristan M.** Transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, CD003387 (2003).
- Matsunaga H., Kiriiike N., Matsui T., Oya K., Iwasaki Y., Koshimune K., Miyata A., Stein D.J.** Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 43, 150-157 (2002).
- Perugi G., Akiskal H.S., Gemignani A., Pfanner C., Presta S., Milanfranchi A., Lensi P., Ravagli S., Maremmanni I., Cassano G.B.** Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 248, 240244 (1998).
- Rasmussen S.A., Eisen J.L.** Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 51 Suppl, 10-13; discussion 14 (1990).
- Ravi Kishore V., Samar R., Janardhan Reddy Y.C., Chandrasekhar C.R., Thennarasu K.** Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 19, 202-208 (2004).
- Sahuc C.** *Comprendre son enfant: 0-10 ans, Eclairages*, Paris, 224 (2006).
- Sanavio E.** Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behav Res Ther* 26, 169-177 (1988).
- Sasson Y., Zohar J., Chopra M., Lustig M., Iancu I., Hendler T.** Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry* 58 Suppl 12, 7-10 (1997).
- Sasson Y., Chopra M., Amiaz R., Iancu I., Zohar J.** Obsessive-compulsive Disorder: Diagnostic Considerations and an Epidemiological Update, Chichester (2001).
- Skapinakis P., Papatheodorou T., Mavreas V.** Antipsychotic augmentation of serotonergic antidepressants in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Eur Neuropsychopharmacol* 17, 79-93 (2007).
- Skoog G., Skoog I.** A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see comments]. *Arch Gen Psychiatry* 56, 121-127 (1999).
- Stahl S.M.** *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*, second, 601 (2000).
- Stein D.J., Roberts M., Hollander E., Rowland C., Serebro P.** Quality of life and pharmaco-economic aspects of obsessive-compulsive disorder. A South African survey. *S Afr Med J* 86, 1579, 1582-1575 (1996).
- Strassnig M., Riedel M., Muller N.** Electroconvulsive therapy in a patient with Tourette's syndrome and co-morbid Obsessive Compulsive Disorder. *World J Biol Psychiatry* 5, 164-166 (2004).
- Summerfeldt L.J., Richter M.A., Antony M.M., Swinson R.P.** Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behav Res Ther* 37, 297-311 (1999).
- Swedo S.E., Leonard H.L., Kiessling L.S.** Speculations on antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. *Pediatrics* 93, 323-326 (1994).
- Swedo S.E., Leonard H.L., Rapoport J.L.** The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics* 113, 907-911 (2004).
- Thomas S.G., Kellner C.H.** Remission of major depression and obsessive-compulsive disorder after a single unilateral ECT. *J Ect* 19, 50-51 (2003).
- Trull T.J., Tragesser S.L., Solhan M., Schwartz-Mette R.** Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry* 20, 52-56 (2007).
- Tukel R., Oflaz S.B., Ozyildirim I., Aslantas B., Ertekin E., Sozen A., Alyanak F., Atli H.** Comparison of clinical characteristics in episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 24, 251-255 (2007).
- Van Oppen P., Hoekstra R.J., Emmelkamp P.M.** The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther* 33, 15-23 (1995).
- Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., Greenwald S., Hwu H.G., Lee C.K., Newman S.C., Oakley-Browne M.A., Rubio-Stipec M., Wickramaratne P.J. et al.** The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 55 Suppl, 5-10 (1994).
- Wittchen H.U., Jacobi F.** Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15, 357-376 (2005).

M. Deseilles

Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
CHU Sart-Tilman, Liège

Publicité

L'ADOLESCENT CONFRONTÉ AUX RÉEL TRAUMATIQUE, CAPS IMAGINAIRES ET IMPASSES SYMBOLIQUES

THE TRAUMATIC REAL, THE IMAGINARY CAPES AND THE SYMBOLIC DIFFICULTIES
FOR THE ADOLESCENT PATIENT

Serge Goffinet¹, Alexandre Beine²

IN ORDER TO FIT ONTO CLINICAL SPECIFICITIES OF ADOLESCENT INPATIENTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL SETTING, WE DEVELOPED PRACTICAL ISSUES. TRAUMATIC EVENT HAS A REAL ASPECT THAT LACAN CALLED A BAD ENCOUNTER (WITH DEATH) THAT THE SUBJECT IS UNABLE TO AVOID. MANY ADOLESCENT INPATIENTS EXPERIENCED CHILDHOOD ABUSE WITH SUBSEQUENT POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND ESPECIALLY ONE CHRONIC COMPLEX FORM, EA DISSOCIATIVE DISORDERS. THE IMAGINARY- THE EGO (THE BODY) AND THE OBJECT REPRESENTATIONS, IMAGES - CONTENTS FANTASIES; ONE OF THEM, VERY ACTIVE IN ADOLESCENT'S MIND IS THE "ADULTHOOD". WE FIND A HIGH FREQUENCY OF INTAKES AROUND THE EIGHTEENTH BIRTHDAY. THE SYMBOLIC, THE REALM OF THE SIGNIFIERS, WORDS OR THOUGHTS, CREATES A USEFUL CONCEPT TO EXPLAIN VARIOUS DIAGNOSTIC FINDINGS AMONG ADOPTEEES, IMMIGRANTS AND NATIVES. CULTURAL INFLUENCES MAY BE A STRONG FACTOR OF SYMPTOM EXPRESSION. THERAPEUTIC MODALITIES WERE CHANGED ACCORDING TO THESE CLINICAL - NATURALISTIC - FINDINGS.

Key words : Trauma, Dissociative disorders, Majority, Adoptee, Adolescent

Les études de cas cliniques offrent souvent des pistes intéressantes ; lorsque les observations sont répétées, une généralisation nuancée peut être tentée. Lorsque ces observations sont suffisamment nombreuses, elles peuvent être aussi comptées. En effet, il ne nous paraît pas suffisant d'affirmer que nous avons souvent rencontré telles ou telles situations, il faut oser montrer d'une manière quantifiée qu'il ne s'agit pas d'une vue de l'esprit ; à l'inverse, l'obsession de la signifiante statistique nous semble inappropriée pour parler de situations cliniques naturalistes. Il est adéquat de créer des contextes artificiels pour créer des évidences statistiques ; ils nous semblent irréalistes toutefois à faire émerger du sens au traitement quotidien à l'hôpital.

La mise en perspective de la démarche casuistique avec mesure s'insère dans une psychopathologie plus générale.

La psychopathologie qui utilise les concepts psychanalytiques lacaniens sert ici d'environnement théorique, qui conserve un dialogue avec la psychiatrie juvénile « officielle », dominée par les approches nosotaxiques (DSM-IV) et biologiques (par exemple dans le trouble bipolaire de l'enfant).

Sans rentrer dans l'aboutissement spécialisé de ces notions dans la théorie de Lacan du nœud Borroméen, nous avons voulu indiquer la pertinence de penser la clinique de psychiatrie juvénile à l'aide des trois registres du psychisme humain selon Lacan : le Réel, l'Imaginaire et le Symbolique.

Enfin, à partir des deux sources de savoir, les faits chiffrés et la théorie à laquelle nous nous référons, nous avons voulu donner des réponses thérapeutiques cliniques aux problèmes soulevés sous forme de certains accents, inflexions ou accentuations dans le traitement.

MÉTHODE

Nous suivrons donc toujours la même séquence : faits cliniques, mesures, mise en perspective psychopathologique et conséquences pour le traitement

LIEU DE L'ÉTUDE

Le Groupe Hospitalier La Ramée-Fond'Roy sis à Uccle existe depuis 10 ans. Il comprend 175 lits aigus adultes, 27 lits aigus adolescents, 32 lits adultes longues durées, 30 places de jour pour adultes et 8 places de jour pour adolescents. Les 12 lits indice K (hospitalisation jour et nuits adolescents) de l'Unité dite 2 de Fond'Roy accueille les jeunes symptomatiques de 12 à 20 ans et plus spécialement si ils sont affectés notamment (comorbidité) de troubles posttraumatiques, appelés troubles dissociatifs. La durée moyenne de séjour est de 29 jours, la moyenne d'âge tourne autour de 16 ans, et il y a autant de filles que de garçons hospitalisés. Les soins dispensés se définissent à partir d'une pratique en institution psychanalytique (Zenoni, 1983 ; Didier Robin, 2002).

¹ Chef de Service dans le Groupe Hospitalier La Ramée-Fond'Roy, unité troubles dissociatifs, adolescents; 43, avenue J. Pastur, 1180 Bruxelles.

² Médecin assistant clinicien candidat spécialiste en psychiatrie - UCL.

LE RÉEL

OBSERVATIONS CLINIQUES

Parmi les patients hospitalisés dans notre unité, il y a une proportion notable de jeunes qui sont mis en observation (loi de 1990 de protection des malades mentaux) ; ces derniers patients présentent comme tous les autres une forte destructivité qu'elle s'exprime sous forme d'autoagression ou de violence. Nombre de ces jeunes allèguent des abus commis sur eux dans les antécédents. Les diagnostics psychiatriques adultes sont fréquemment évoqués ; ils témoignent d'un déni des professionnels concernant l'influence des psychotraumatismes sur le développement notamment quant au polymorphisme symptomatique et aux troubles dissociatifs posttraumatiques. Ces patients sont souvent désignés par les envoyeurs sous le terme d'état-limite, hyperkinétique, bipolaire voire psychopathe. Nous devons prendre en considération le fait clinique de l'abus (surtout sexuel) infantile – avec à l'occasion de la régression hospitalière – sa reviviscence émotionnelle passive ou abréagiée activement. Qu'est-ce qui le fonde à être traumatique pour nos adolescentes et qu'est-ce qui est pris en défaut dans la résilience ?

Bagley résume cela formidablement : « l'abus sexuel prolongé et intrusif imposé à l'enfant au corps physiquement immature et dans un développement psychique inachevé crée fréquemment un adolescent qui ne trouve pas de solutions adéquates au dilemme du développement d'une identité... Avec comme résultat que l'adolescent devient très vulnérable au stress et présente les formes les plus sévères d'un grand nombre de troubles psychologiques (p.ex. idées et comportements suicidaires, dépression, troubles alimentaires, isolement par rapport aux condisciples et copains, problèmes sexuels, passages-à-l'acte et addictions), problème dont la prévalence est sans cesse en croissance... » (Bagley, 1995).

MESURES

La première partie du questionnaire Dissociation de Vanderlinden (DIS-Q) a été remplie par 35 patients ayant accepté une recherche ; elle recense la présence de psychotraumas variés durant l'enfance (Vanderlinden, 1991). Le tableau I illustre de manière patente non seulement le nombre très important d'antécédents les plus lourds pour les adolescents mais aussi leur importance chez les patients dissociés (diagnostic posé cliniquement et à l'aide du questionnaire). Les autres diagnostics ont été posés cliniquement et sont : troubles de l'humeur (avec et sans traits de personnalité borderline) et troubles psychotiques – bien que nous ne considérons ce diagnostic techniquement possible seulement si il s'agit de psychose infantile non diagnostiquée préalablement.

Le traumatisme est le prototype de l'événement extérieur – du Réel fortuit – au psychisme, qui selon les contextes va provoquer une réaction immédiate ou différée, dont la résilience va moduler l'ampleur. Le prototype de trouble de stress post-traumatique est la guerre.

La guerre du Vietnam a créé moins de décompensation psychiatrique parmi les soldats que la guerre de Corée (Mac Nally, 2003). Au niveau des stress post-traumatiques à long-terme, il y a les abus sexuels de l'enfance ; on sait que les abus dans l'enfance créent toute une série de problèmes à l'âge adulte, principalement la délinquance et le comportement criminel mais aussi la violence domestique, l'alcool et l'abus de drogues (ISTSS, 2003). Ces études mettent en évidence chez les adultes les conséquences de l'abus lorsque le patient est un enfant ; on considère qu'un tiers des victimes d'abus sexuels infantiles vont vivre une partie de leur vie sans se souvenir de l'abus vécu et qu'ils s'en souviendront en une autre partie de leur vie. Jusqu'à 59 % des 450 patients ne se souviennent pas de ce qui est arrivé à un moment de la vie déjà avant l'âge de 18 ans (Brière, 1993). Parmi les populations que nous traitons

Tableau I

Réel traumatique – mesures : fréquence des traumas en fonction de diagnostics (questionnaire DIS-Q)

n = 35	tr humeur non-BL n = 11	tr humeur BL n = 5	tr psychotique n = 4	Dissociatif atypique n = 9	tr dissociatif identité n = 6
Physique	1	1	1	1	2
Maltraitance	2			4	4
Négligence	2			1	
Asi intrafam	1			1	3
Asi extrafam	2			1	3
Abus émotion	5		1	6	4
2/ > Traumas	3	1	1	5	5

Physique : abus physique sévère

Asi : abus sexuel infantile intra ou extrafamilial

Abus émotion : abus émotionnel

2/> traumas : 2 psychotraumas ou plus

tr humeur non-BL : trouble de l'humeur non borderline

tr humeur BL : trouble de l'humeur avec critères axe II borderline

Dissociatif atypique : trouble dissociatif non autrement spécifié

tr dissociatif identité : trouble dissociatif de l'identité

en psychiatrie et les patients hospitalisés en particulier le pourcentage de patients dissociés atteint de 5.4 % en Europe jusqu'à 12,7 % aux USA (Spitzer, 2006). Bien que nous nous trouvions en présence d'une population d'adolescents où la dissociation pathologique est plus élevée que l'adulte, nos taux de patients souffrant entre autres de troubles dissociatifs sont très élevés.

PERSPECTIVE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Le psychotraumatisme c'est la rencontre avec le réel, qui désigne autre chose que la réalité. « Le Réel, c'est ce qui revient toujours à la même place, à cette place où le sujet en tant qu'il cogite, où la res cogitans, ne le rencontre pas » (Lacan, 1964). Avec l'événement traumatique, il arrive quelque chose au sujet de l'inconscient qui suspend sa fonction de pensée mais que le psychisme s'efforce immédiatement d'assimiler. Pour le dire autrement, distinguons – avec Roisin – la *réaction traumatique*, que le DSM appelle Trouble de Stress Aigu, et le *psychotraumatisme* proprement dit. La réaction traumatique est composée de 3 temps : dans le premier l'objet d'investissement va disparaître, temps 2 : effraction psychique : trou dans le tissu psychique et temps 3 : rencontre avec la mort. Le premier temps du psychotraumatisme montre une attirance du psychisme pour sa propre destruction, au temps 2 se développe une compulsion pour travail psychique et temps 3 : lutte psychique entre l'anéantissement et le réinvestissement (Roisin, 2006). « Les trois convictions narcissiques d'invulnérabilité, d'un environnement protecteur et d'un autrui secourable s'effondrent simultanément » (Crocq, 1999). Elles sont d'autant plus ébranlées chez l'enfant et par répétition (Wiederholung) chez l'adolescent, qui sont des êtres affectivement dépendants ; dès lors la répétition des traumas frappent l'adolescent, en plein essor pour établir et solidifier son identité, pour maintenir à l'écart de son psychisme le trauma infantile et pour se séparer de sa famille. Dans ce contexte, le traitement des troubles dissociatifs est souvent envisagé comme à l'inverse des forces dynamiques qui le guident vers l'avenir : « The adolescent usually wants to deny the impact of trauma and to establish a sense of relative invulnerability » (Kluft, 2000).

TRAITEMENT

Ce déni explique que tout chez l'adolescent rechigne à travailler le matériel traumatique et un des objectifs de l'intervenant psychodynamique hospitalier est de faciliter le travail ultérieur du psychothérapeute ambulatoire.

Dans une étude récente, Read a noté à quel point il est indispensable de former le personnel des centres de santé mentale. Il ne s'agit pas de se précipiter ou d'induire un paradigme causaliste mais dans cette étude qui regroupe des milliers de femmes fréquentant depuis des années ces centres, seulement 23 % de celles qui avaient subi un abus sexuel infantile avaient été interrogées à ce sujet (Read, 2006). Alors qu'universellement tout le monde est d'accord sur les effets

délétères du franchissement réel du tabou de l'inceste ; cette question n'est pas posée mais surtout le contexte n'est pas analysé et donc on peut légitimement se demander quel genre de psychothérapie est dispensé... Il importe d'effectuer un travail au temps 2 du traumatisme psychique : « il s'effectue notamment par les processus de subjectivation de l'anéantissement et de réinvestissement du désir de vivre » (Roisin, 2006). L'« art de la conversation » est défendu par beaucoup de psychanalystes (Lebrun, 2002 ; Loewenstein, 2006) : préoccupations pour la sécurité, augmenter la vie psychique, la communication entre les alters internes, la séparation du passé et du présent, le cadre, l'alliance thérapeutique, la responsabilité etc...

A l'hôpital, toutefois, on insistera sur l'importance du recadrage pour augmenter l'alliance thérapeutique, on permettra les associations libres sur les circonstances ayant amené les flashbacks. Il sera bien entendu souligné de parler des états particuliers associés à des moments autodestructeurs. On veillera à ancrer le sujet perceptivement dans la réalité de façon à éviter les intrusions psychiques posttraumatiques et on veillera à tout moment à assurer la sécurité (réelle et psychique) du sujet.

CAP IMAGINAIRE

Nous utiliserons le concept Imaginaire, tel que Lacan (1973) l'a formulé mais il s'agit aussi de l'extension philosophique (Castoriadis, 1975).

Ce qui installe l'imaginaire est avant tout ce qu'est le Moi ; ce dernier se constitue au delà de l'expérience spéculaire par l'incarnation (psychique) du temps et de l'espace dans le corps. Ce sont donc surtout des considérations temporelles qui installent le sujet dans l'espace (Bergson, 1893). A cet effet, les dates anniversaires ont une importance capitale puisque elles ancrent dans une temporalité imaginaire. L'ancrage des anniversaires dans le corps a été souligné par de nombreux psychanalystes (Szondi, 1952 ; Guir, 1993), par exemple. L'imaginaire a aussi avoir avec les images proprement dites et à ce titre avec l'imagination au sens commun ; c'est-à-dire la manière dont on se représente une série de choses. C'est ainsi que dans le social, on se représente un adulte, cela ressort du sens commun (Arendt, 1983) ; de manière plus générale, une société est représentée par des institutions qui rendent manifeste sa manière d'envisager la vie en commun, ce sont les institutions imaginaires de la société (Castoriadis, 8).

FAIT CLINIQUE

Les éducateurs spécialisés de notre service hospitalier téléphonent fréquemment à la cuisine pour commander des gâteaux d'anniversaire pour nos adolescents ; mais nous avons remarqué qu'un gâteau était particulièrement fréquent : celui des 18 printemps. Fête minimaliste d'un rituel de passage, qui marque le changement de statut social.

MESURE

Sur 862 patients hospitalisés entre le 1/5/02 et 1/5/06, la fréquence attendue des hospitalisations à \pm 30 jours de l'anniversaire est de 17,26 % et la fréquence observée est de 21,69. En utilisant le test du chi-carré ; on peut considérer qu'il y a moins d'une chance sur mille que la distribution constatée soit uniquement le fait du hasard. En conséquence, l'hypothèse entre le moment d'hospitalisation et la proximité de la date anniversaire est vérifiée. Sur les 862 patients, 482 avaient moins de 21 ans. L'extrapolation à la date anniversaire des 18 ans est encore plus forte puisque il s'agit de 22 patients sur 482 soit 4,5 %, ce qui est une fréquence « remarquable ».

PSYCHOPATHOLOGIE

Les représentations bien qu'elles ne puissent pas être totalement retranchées du langage (le Symbolique) sont ancrées. En ce qui concerne les anniversaires, l'imagination du sujet joue à plein. Franchir ce cap est franchir une étape de représentation, qui a avoir avec la majorité.

Et la majorité a une représentation au niveau des 'institutions imaginaires' de la société. Pour rappel, le concept de majorité électorale et civile date de la deuxième partie du XIX^e siècle et la majorité pénale est un terme qui date de 1931 et qui se définit par l'« âge où cesse la présomption de non-discernement ». Elle est le moment plus administratif de la transition plus générale qu'est l'adolescence, qui correspond aux passages biologique de la puberté vers la procréation et l'entre-deux responsabilité-irresponsabilité, autonomie-hétéronomie. Il s'agit bien de la castration symbolique, c'est-à-dire que c'est dans le symbolique que s'inscrit la fonction de paternité. Certains adolescents fantasment voire ont des angoisses réelles de transformation le jour de leurs 18 ans, métamorphose spéculaire supportant leur fantasme de devenir semblable à l'adulte homosexuel. La question de la marque inconsciente des dates qui jalonnent notre histoire personnelle pose évidemment toute une série de questions, sur la manière dont cela se structure. Certains cycles thymiques d'apparence saisonnière sont parfois aussi autour de dates anniversaires et en psychosomatique la chronologie imaginaire des patients est liée non seulement à des événements mais aussi des anniversaires ; l'adolescent imagine donc que cette date va être un anniversaire non plus pour ses parents mais pour lui ; qu'il va recevoir un pouvoir particulier, une illumination spirituelle, une force, un accès à quelque chose : qui va permettre de signer la décharge de l'hôpital, d'accéder à des droits sociaux type CPAS, mais c'est aussi la séparation au sens de ne plus être mineur et donc d'accéder à un statut social ; c'est l'« égalité en droit ». Depuis très récemment, l'enfant est sujet de droit ; l'adolescent peut exercer ses droits et devoirs et aussi devenir citoyen. Il y a là donc une entrée renforcée en droit et plus accentuée en politique (Castoriadis 2004). Ceci est patent dans l'exercice du droit/devoir électoral. Néanmoins, il me semble que pour beaucoup d'adolescents la majorité relève d'un statut proche de l'énigme car même si il leur est répondu : « maintenant, tu es responsable » ; l'adulte est tout de suite lui-même interrogé sur

ses rapports au politique, au droit et à la liberté en général (Castoriadis, 2005). C'est-à-dire à ce qu'on peut bien dire le rapport de la subjectivation et du pulsionnel.

Le passage de la singularisation post-pubertaire se fait dans la question de l'opposition morale ; « ce que nous appelons égoïsme, c'est le vouloir-vivre (conscience) se posant consciemment lui-même pour s'opposer à d'autres » (Castoriadis, 2005) ; la liberté comme pur arbitraire a déjà été expérimentée dans les moments précédant cette phase.

La question de la majorité est ce moment où le sujet s'engage dans la notion de responsabilité ; c'est-à-dire dans l'éthique. Il y a donc une subjectivité et une éthique plutôt qu'une singularisation égoïste.

Il semble donc que l'affirmation « j'ai 18 ans » met en avant la question de la responsabilité face à l'autre et donc à cette dialectique de l'espace social puisque le sujet est en même temps appelé à être un sujet de l'espace public. La majorité pose donc fortement la question de la sortie de l'enfance et l'entrée dans l'espace public, la question de la responsabilité renforce vivement la question du contrôle des pulsions, des comportements. La responsabilité est une forme d'assomption de la maîtrise dont l'adulte est supposé faire preuve. Ainsi, il y a une totale continuité du contrôle pulsionnel vers la responsabilité juridique.

« Ce fantasme de perte de contrôle par le Moi me paraît de plus en plus le fantasme nodal de l'adolescent. » « Le fonctionnement adulte résiderait ainsi dans cette capacité du Moi d'être au contact de ce qui demeure en chacun d'infantile (qui n'est pas nécessairement infantin, mais est souvent ressenti ainsi par le Moi qui en a honte et le réprime), tout en s'adaptant à la réalité externe et avant tout à la présence d'autrui. » (Jeammet, 2000).

TRAITEMENT

Il nous semble donc que la confrontation du corps comme imaginaire et de l'ancrage social de ce corps comme contrôlant doit amener l'intervenant à poser des questions au sujet adolescent mais aussi en famille.

Première question : en un tel moment, en ce cap des 18 ans, l'hospitalisation n'est-elle pas un équivalent acte d'un non-dit ; common knowledge, tout le monde sait que c'est là mais personne n'en parle.

Deuxième question : introduire cette notion avec la manière dont les adultes achèvent l'éducation des enfants.

Articuler les notions d'imaginaire/imagination et imaginaire social comme faisant l'objet d'un débat intéressant ou pour le dire avec des mots plus vagues : émotions, représentations et concepts.

Outre les questions qui ont été développées ci-dessus, il est important d'interroger la question de l'imaginaire, en tant que signification imaginaire sociale, en particulier comme le dit Castoriadis : « le grand fait actuel est la dislocation de la famille » (Castoriadis, 1996) ; imaginer la position de l'autre est capital

de même l'est le fait d'avoir un sens commun c'est-à-dire un sens de la communauté car « le jugement est le processus mental par lequel on se projette dans une situation imaginaire de réflexion désintéressée afin de s'assurer soi-même ainsi qu'une communauté d'interlocuteurs potentiels qu'un particulier a été apprécié de façon adéquate. » (Arendt, 1991)

LE SYMBOLIQUE

Par ce terme, il faut entendre le langage dans lequel le sujet tombe en naissant. Il devient un « parlêtre ». Il naît dans une culture dans un réseau de significations, de signifiants. La notion de génération et les distinctions entre les individus est articulée autour d'un interdit, dans la culture judéo-chrétienne, l'interdit de l'inceste père/mère - enfant ; dans d'autres cultures, c'est parfois l'interdit de la cohabitation hétérosexuelle ou d'autres formes d'interdit.

OBSERVATIONS CLINIQUES

L'hospitalisation concomitante d'un grand nombre de patients et patientes adoptées (tableau 2) a fait surgir la question d'une relation entre ce lien particulier de filiation et la psychopathologie ou un type particulier de troubles

Tableau 2
Origines familiales dans chaque sexe et dans chaque catégorie d'âge

n = 148	Adoptés N (%)	Immigrés N (%)	Autochtones N (%)
Sexe			
Garçons	8 (47,1)	22 (61,1)	51 (53,7)
Filles	9 (52,9)	14 (38,9)	44 (46,3)
[$\chi^2 (2, 148) = 1,04, ns$]			
Age			
12-14 ans	3 (17,6)	6 (16,7)	14 (14,7)
15-17 ans	7 (41,2)	14 (38,9)	52 (54,7)
18-20 ans	7 (41,2)	16 (44,4)	29 (30,5)
[$\chi^2 (4, 148) = 3,34, ns$]			

Tableau 3a
Distribution des diagnostics selon l'origine familiale

n = 148	Adoptés N (%)	Immigrés N (%)	Autochtones N (%)	Total N (%)
Tr. Comportement	8 (47,1)	9 (25,0)	16 (16,8)	33 (22,3)
Tr. « Psychotiques »	5 (29,4)	19 (52,8)	22 (23,1)	46 (31,1)
Tr. Affectifs	4 (23,5)	8 (22,2)	57 (60,0)	69 (46,6)
($\chi^2 (4, 148) = 23,64, p < 0,0001$)				

MESURE

Notre tableau suivant (tableau 3) déjà présenté ailleurs (Beine, 2007) montre clairement l'importance de ce groupe parmi les patients hospitalisés sur une période de temps déterminée. Le tableau montre la prédominance d'un type de comportements/troubles selon l'origine. Les populations allochtones ou d'origine étrangère (deuxième et troisième génération, maghrébine par exemple) expriment plus souvent une perturbation colorée de paranoïdie ou projections. La population autochtone présente elle une symptomatologie plutôt de type affectif, avec une grande prévalence des tentatives de suicide préoccupantes comme cause d'hospitalisation.

PERSPECTIVES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Parmi les patients allochtones, le processus d'acculturation est important. L'école de Chicago (Piette, 1990) distingue l'intégration, l'assimilation, qui permet un repérage des relations entre la culture d'origine et la culture hôte. En ce qui concerne l'adolescent, la confrontation des valeurs des deux cultures peut conduire au moins à trois attitudes : le conformisme total à l'une des deux avec des appartenances très mineures à l'autre culture, un mélange laïc qui est un ralliement à l'arrangement microsocial environnant et l'intégrisme, c'est-à-dire à une revendication identitaire bien souvent seulement superficielle. L'externalisation de la dimension exilée de l'émigrant trouve dans une protestation identitaire une apparence qui fait office d'appartenance. Ainsi les proscriptions d'aliments cotoient les plus surprenantes attitudes à l'égard du vol, tout autant proscrit. Ou encore, certains adoptent le respect de la virginité jusqu'au mariage (chrétiens/africains), alors que ce n'est plus le comportement majoritaire. Ainsi, tel adolescent d'origine italienne, adhère aux idées d'extrême droite et propose de « chasser les étrangers ». On verra ainsi que certains terroristes sont complètement « assimilés » dans leur comportement mais revendiquent une appartenance à une culture (et/ou religion) d'origine, dont le geste terroriste est en quelque sorte la manifestation ; voici donc typiquement l'adolescent aux prises avec des choix des générations précédentes (le projet d'immigration). Le processus d'acculturation (Maruani, 1985) est constitué d'une première génération – dont le but est de survivre – qui risque les maladies somatiques et les épisodes psychotiques aigus, une deuxième qui est

Tableau 3b
Distribution des diagnostics selon le sexe et l'âge

	Sexe N (%)		Age N (%)		
	Garçons	Filles	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans
Tr. Comportement	18 (22,2)	15 (22,4)	12 (52,2)	19 (26,0)	2 (3,9)
Tr. Psychotiques	37 (45,7)	9 (13,4)	1 (4,4)	13 (17,8)	32 (61,5)
Tr. Affectifs	26 (32,1)	43 (64,2)	10 (43,5)	41 (56,2)	18 (34,6)
	$(\chi^2 (2, 148) = 20,36, p < 0,00005)$		$(\chi^2 (4, 148) = 45,63, p < 0,00001)$		

exposée aux troubles de l'humeur et une troisième génération qui voulant retrouver les racines est exposée à la schizophrénie. L'évolution des jeunes nous paraît particulièrement non engagée obligatoirement dans ces pathologies ; l'hypothèse d'André Green d'une réplique complémentaire en négatif de la structure de la génération précédente (Green, 1970) paraît particulièrement pertinente à décrire des phénomènes que plus récemment Olivier Roy (2005 & 2007) utilisait pour décrire les terroristes. En effet, l'alibi de l'islam ou un recours à cette religion n'est bien souvent qu'une identité de surface et à l'examen on voit que l'adhésion à l'islam se réduit bien souvent à un régime diététique sans porc ou faire plus ou moins le Ramadan mais rarement des ablutions ou les prières mais la méconnaissance du Coran est patente et la fréquentation de la mosquée comme telle vraiment rare. L'adhésion à une société laïque est en général rejetée dans une rébellion de pairs ou l'essentiel est de rejeter mais sous forme agie davantage que langagière. Le groupe de pairs adolescents font une tentative avortée de se structurer sur le mode clanique ; les membres du clan sont tous des frères à travers une affiliation géographique, sociale mais le totem est absent comme tel et c'est ce qui fait échec. Le sujet est renvoyé dès lors au lien de filiation.

Si la famille a une fonction de procréation, de soins (éducation, alimentation) et de lignage, l'impasse symbolique se situe à ce niveau-là alors que l'adoption réalise une filiation administrative, l'éducation propose une adhésion et le lignage se traduit par une impasse (Genard, 2004).

Etre adopté, c'est avoir reçu des soins d'une famille désirante mais le lignage fait l'objet d'une inscription qui n'est pas automatique ;

Tableau 3c
Distribution des diagnostics selon l'origine familiale au sein des deux sexes

n = 148	Adoptés N (%)	Immigrés N (%)	Autochtones N (%)
Garçons			
Tr. Comportement	4 (50,0)	3 (13,6)	11 (21,6)
Tr. Psychotiques	3 (37,5)	15 (68,2)	19 (37,2)
Tr. Affectifs	1 (12,5)	4 (18,2)	21 (41,2)
	$(\chi^2 (4, 81) = 10,46, p < 0,05)$		
Filles			
Tr. Comportement	4 (44,5)	6 (42,8)	5 (11,4)
Tr. Psychotiques	2 (22,2)	4 (28,6)	3 (6,8)
Tr. Affectifs	3 (33,3)	4 (28,6)	36 (81,8)
	$(\chi^2 (4, 67) = 17,54, p < 0,005)$		

Tableau 3d
Distribution des diagnostics selon l'origine familiale au sein des groupes d'âges

n = 148	Adoptés N (%)	Immigrés N (%)	Autochtones N (%)
12-14 ans			
Tr. Comportement	2 (66,7)	4 (66,7)	6 (42,9)
Tr. Psychotiques	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)
Tr. Affectifs	1 (33,3)	2 (33,3)	7 (50,0)
	$(\chi^2 (4,23) = 1,59, ns)$		
15-17 ans			
Tr. Comportement	5 (71,4)	5 (35,7)	9 (17,3)
Tr. Psychotiques	0 (0,0)	4 (28,6)	9 (17,3)
Tr. Affectifs	2 (28,6)	5 (35,7)	34 (65,4)
	$(\chi^2 (4, 73) = 12,51, p < 0,05)$		
18-20 ans			
Tr. Comportement	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (3,4)
Tr. Psychotiques	5 (71,4)	15 (93,7)	12 (41,4)
Tr. Affectifs	1 (14,3)	1 (6,3)	16 (55,2)
	$(\chi^2 (4, 52) = 15,43, p < 0,005)$		

Tableau 3e

Distribution des diagnostics au sein du groupe adopté selon l'origine et selon l'âge d'adoption

	Origine		Age d'adoption	
	Nationale N (%)	Internationale N (%)	< 3 ans N (%)	> 3 ans N (%)
Tr. Comportement	4 (50,0)	4 (44,5)	4 (50,0)	0 (0,0)
Tr. Psychotiques	2 (25,0)	3 (33,3)	4 (50,0)	4 (50,0)
Tr. Affectifs	2 (25,0)	2 (22,2)	0 (0,0)	4 (50,0)
	$(\chi^2 (2, 17) = 0,14, ns)$		$(\chi^2 (2, 16) = 8,00, p < 0,05)$	

se situe ici pour nous une différence fondamentale entre affiliation et attachement ; l'attachement a été fragilisé par sa nature non biologique et dès lors cet attachement soumet le lignage à une affiliation problématique. La filiation biologique imaginaire entre en conflit avec l'attachement qui peut se révéler ambivalent, historique ; il y a donc pour l'adolescent une proposition d'affiliation au lignage. Le processus tant de fois rencontré de désir de retour au pays d'origine offre ainsi une proposition d'affiliation plus décidée au lignage d'adoption et aux valeurs qu'elles véhiculent. L'enfant adopté interroge l'adoption comme processus d'attachement ancré (Castex, 1999) dans le désir historicisé sur autre chose que la grossesse. Le désir d'enfant est donc d'un ordre imaginaire non étayé par le réel de la grossesse mais étayé par le système administratif de l'adoption. Le symbolique sert de support à la dimension imaginaire de la filiation et revoir le réel du pays d'adoption et au mieux les parents biologiques est une tentative de restaurer un réel au désir d'enfant et en tout cas un réel de grossesse. La problématique des enfants adoptés serait donc SIR (symbolique à Imaginaire à Réel) alors que le décours des enfants non adoptés serait RIS (Réel à Imaginaire à Symbolique), voir sa mère biologique ou son pays d'origine est donc une tentative d'échapper à l'imaginaire d'un désir altruiste d'enfant pour inscrire dans un réel quelconque sa propre existence. Ainsi, on pourra faire néanmoins quelques remarques :

1. La biologie seule ne fait pas lien. Le sujet séparé de l'Autre, témoigne de ce que , pour chacun, l'établissement d'un lien avec le monde nécessite quelque chose de plus, un véritable acte de parole : que le sujet soit adopté, de telle sorte qu'un désir tombe. La clinique montre que les souffrances accueillies en cabinet et en institution ne font pas de différences entre enfants biologiques et adoptés (Steck, 1999)
2. Adopter, y compris ses propres enfants, implique de veiller par des soins et/ou de l'amour à ce que l'enfant soit le reste d'autre chose : de la relation avec un partenaire, même dans les familles monoparentales.
3. Le désir qui anime la transmission n'est pas anonyme : les fonctions chargées de cette opération doivent être incarnées, supportées par quelqu'un.
4. Le père n'a pas de nom propre, mais (...) il a autant de noms que de supports à sa fonction de nouage des trois registres (Stiglitz, 2006).

S'il n'a pas qu'un nom propre, le père a aussi une fonction de nomination. Il ne s'agit pas seulement de nommer les choses, mais fondamentalement, de faire entrer le symbolique dans le réel via sa père-version – selon le mode qu'il trouve pour nommer la Jouissance. Cette nomination est manquée, elle laisse un reste, étant donné que le père trouve toujours un point de défaillance. Nous pensons donc que la situation d'adoption inscrit dans le réel le roman familial, que les agirs transgressifs favorisent les projections parentales et qu'ainsi l'enfant adopté tente de répondre à la double question : pourquoi mes parents biologiques m'ont abandonné (deuil à faire d'un quasi-meurtre) et surtout pourquoi mes parents adoptifs m'ont-ils adopté. L'agir transgressif viendrait ici donc servir de « révélateur » sur l'origine des adoptés.

IMPLICATIONS DANS LE TRAITEMENT

la reconnaissance du lignage parallèle et de la question de l'affiliation double et/ou préférentielle désamorce au moins temporairement la question identitaire ; nous nous retrouvons ici au centre de la réintroduction de la notion d'identité au-delà de la notion de l'identification (Waber-Thevoz, 2000). Le jeune nous imagine comme représentant d'une logique médico-éducative laïque occidentale et le fait même d'à travers l'art de la conversation nous interroger à travers la rencontre sur la contingence de cette dernière permet un déplacement de la relation médecin-malade vers un transfert sur la relation psychanalytique elle-même, c'est-à-dire une relation où les choses sont interrogées dans l'humus humain : le transfert, la répétition, la pulsion mais surtout l'inconscient. L'insupportable du « c'est plus fort que moi » marque chez l'adolescent quelque chose de la marque de l'inconscient car sa fermeture se traduit par ces promesses volatiles qu'ils savent si bien nous faire.

CONCLUSION

Si il s'agit bien de ne pas tomber dans une causalité une et linéaire, il ne s'agit pas non plus d'oublier des choses données à entendre : le traumatisme, l'interrogation sur l'âge adulte (majorité) ou les intrications biologiques et culturelles de l'adoption ou de l'immigration.

Nous avons donné une préséance à un des registres du psychisme dans ces questions. Pour le psychotraumatisme (rencontre avec le réel), le discours est immédiatement l'effort important du narcissisme ébranlé (imaginaire) et le traitement est l'historicisation de l'événement dans le langage, sans que cet événement y reste hétérogène. Ensuite, l'imaginaire dans la question de la majorité est nécessairement enchevêtrée avec les deux autres : pas de question de majorité sans discours juridique (Symbolique) et pas de majorité sans maturation biologique (Réelle). Enfin, le réel de la couleur de peau (pour les allochtones) ne peut être retranché de la question de la « ressemblance » (imaginaire) géniteurs/enfants pour les adoptés, pas plus que la culture et/ou la religion ne sont absents dans la manière d'envisager la filiation (symbolique).

Il nous semble que toutes les démarches psychiatriques à l'égard de l'adolescence et inspirées par la psychodynamique (et donc la psychanalyse) peuvent prendre en compte la marche vers l'autonomie au sens de Castoriadis, psychique individuelle ou individuelle politique qui remettent ensemble ces différentes dimensions. A cet égard, la démarche diagnostique se caractérise par une radicale suspension car « l'effet de discours » de la psychiatrie vient boucher la question identificatoire de l'adolescent. Le « breakdown » (Laufer, 1989) adolescent sera ainsi interprété comme une anticipation (au sens génétique) du trouble bipolaire par tel adolescent, informé du poids héréditaire (réel) dans l'expression de ce problème. Le psychiatre hospitalier est donc confronté au paradoxe de traiter avec des médicaments une « maladie » qu'il ne peut honnêtement nommer. L'assertion précocissime de diagnostics toujours provisoires revêt alors le statut de destin, au sens où celui-ci inscrit chez le sujet une séquence d'actes qui lui échappent et donc contribue davantage à le désubjectiver.

Pour l'adolescent, s'approprier le langage, contrôler son moi et ses pulsions indomptables et s'incarner dans telle enveloppe corporelle restent des sorties de labyrinthe. Des obstacles psychopathologiques sur ce trajet sont à lire à l'aune de l'étape obligée et contradictoire : se lier et se différencier.

RÉSUMÉ

Les idées élaborées dans cet article sont tirées d'hospitalisation d'adolescents dans un hôpital psychiatrique ; l'arrière-plan théorique trouve sa source dans les concepts lacaniens de Réel, d'Imaginaire et de Symbolique. Le Réel est la rencontre subjective avec la mort dans les événements traumatiques ; ceux-ci sont nombreux parmi les antécédents de ces patients et conduisent à un tableau clinique posttraumatique varié, notamment les troubles dissociatifs. L'imaginaire concerne aussi bien le Moi corporel que les fantasmes, notamment la majorité. Or, les hospitalisations sont fréquentes aux alentours du dix-huitième anniversaire : la difficulté est l'entrée dans le monde adulte.

Le sujet tombe en naissant dans la succession générationnelle, la langue et la culture, qui constituent le registre Symbolique. Les adoptés, les immigrants et les autochtones présentent des fréquences différentes pour différentes catégories diagnostiques ; elle pose donc la question de l'influence de la filiation et de son environnement dans la genèse des troubles. Les conséquences thérapeutiques de ces trois traits cliniques infléchissent les soins dispensés chaque jour.

SAMENVATTING

de idëen van dit artikel zijn afkomstig van hospitalisaties van jongeren in een psychiatrisch ziekenhuis; de theoretische achtergrond zijn de beseften van Lacan : R S I. De "Reel" is de ontmoeting van een subjectiviteit met de dood, zodat traumatische gebeurtenissen in de kindertijd worden zeer dikwijls ervaren door die patienten; ze leiden tot posttraumatische beelden, o.a. de dissociatieve stoornissen. De "Imaginaire" ontwikkelt zich van het lichaam (de Ik) tot de fantasien; de stap van de majoriteit is vol of fantasien. Hospitalisaties gebeuren vaak rondom de dag van het achtienste verjaardag. De majoriteit is daar door een ingang in de volwassenen wereld.

Symboliek definitie bevat de taal en ook de cultuur en ook de geschiedenis in de zin van de successie van generaties. Geadopteerden, immigranten en autochtonen tonen verschillende psychiatrische stoornissen; we vragen ons af als de "oorsprong" met zijn sociale voorstellingen beïnvloedt het klinische beeld en in welke richting. De gevolgen van die drie theoretische beseffen bevinden zich in de verandering van de behandeling.

BIBLIOGRAPHIE

- Arendt H.** *Condition de l'homme moderne*. Calmann-Levy, Paris, 1983, 352-356.
- Arendt H.** *Juger*. Seuil, Paris, 1991, 19-67.
- Bagley C.** Early sexual experience and sexual victimization of children and adolescents in GA Reckers *Handbook of child and adolescent sexual problems*. Lexington Books, New York, 1995, 135-163.
- Beine A. et al.** Adolescents adoptés et troubles du comportement : perspectives psychopathologiques. *Acta Psych Belgica* 107 : 50-54 (2007).
- Bergson H.** *Cours II. Leçons d'esthétique. Leçons de morale, de psychologie et de métaphysique*, PUF, Paris, 1992 ; 397 à 414.
- Castex E., Pigott C.** On ne sait pas ce qu'il a vécu avant d'être chez nous. *Groupal* 5 : 156-173 (1999).
- Brière J., Conte J.** Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *J Traumatic Stress* 6 : 21-31 (1993).
- Castoriadis C.** *L'institution imaginaire de la société*. Seuil, Paris, 1975, 190 et seq.
- Castoriadis C.** *La montée de l'insignifiance*. Seuil, Paris, 1996, 11-26.
- Castoriadis C.** *Ce qui fait la Grèce*, Séminaire II – La création humaine. Seuil, Paris, 2004, 116 et sq.
- Castoriadis C.** *Une société à la dérive*, Seuil, Paris, 2005, 69 et sq.
- Crocq L.** *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob, Paris, 1999, 275.
- Genard J.L.** Les déterminismes sociologiques de la subjectivité. conférence à l'Association freudienne de Belgique, Bruxelles, 18/12/2004.
- Green A.** Répétition, Différence, Réplication. *Revue Fr Psychanalyse* 35 : 939-960 (1970).
- Guir J.** *Psychosomatique et cancer*. Point, Paris, 1993.
- ISTSS** (International Society for the traumatic stress studies) *Childhood Trauma Remembered*. ISTSS, USA., 2003.
- Jeammet P.** Gérer la place de l'infantile. *Adolescence* 18 : 419-432 (2000).
- Kluft R.** The Psychoanalytic Psychotherapy of Dissociative Identity disorder in the Context of Trauma Therapy. *Psychoanalytic Inquiry* 20 : 259-286 (2000).
- Lacan J.** *Le Séminaire : livre XI : les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Le Seuil, Paris, 1973.
- Laufer M., Laufer E.** *Adolescence et rupture du développement*. PUF, Paris, 1989.
- Lebrun J.P.** Une logique d'enfer : quand il n'y a plus de place pour la différence des places. *Bruxelles Santé*, violences et adolescents : les fausses évidences ? 9-17 (2002) .
- Loewenstein R.** DID 101 : A Hands-on Clinical Guide to the Stabilization Phase of Dissociative Identity Disorder Treatment. *Psychiatry Clin N Am* 29 : 305-332 (2006).
- MacNally R.** Progress and Controversy in the Study of Post-traumatic Stress Disorder. *Ann Rev Psychol* 54 : 229-252 (2003).
- Maruani G.** (1985) in Miermont *Dictionnaire des thérapies familiales*, Payot. Paris (1987)
- Piette A.** *Immigration et nouveaux pluralismes – une confrontation de sociétés*. De Boeck, Bruxelles, 1990.
- Read J. et al.** Mental Health Services and Sexual Abuse : The Need for Staff Training. *J Trauma & Dissoc* 7 : 33-50 (2006).
- Robin D.** D'un transfert à plusieurs. *Bulletin freudien* 40 : 69-88, 2002.
- Roisin J.** « Qu'est-ce qu'un traumatisme » www.squiggle.be, 2006.
- Roy O.** La crise de l'état laïque et les nouvelles formes de la religiosité. *Esprit* 27-44, 2005.
- Roy O.** Perché si sceglie il fondamentalismo. *La Repubblica*, 18 juillet 2007.
- Spitzer C. et al.** Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *J Trauma & Dissoc* 2006 ; 7 : 51-62 (2006).
- Steck B.** Rupture et création de filiation dans l'adoption. *Groupal* 5 : 136-155 (1999).
- Stiglitz G.** Rapport sur l'adoption. Association mondiale de Psychanalyse, documents, Paris, 2006.
- Szondi L.** *Diagnostic expérimental des pulsions*. PUF, Paris, 1952.
- Vanderlinden J.** Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium : A study with the Dissociation Questionnaire. *Dissociation* 4 : 180-184 (1991) .
- Waber-Thevoz H., Waber J.P.** Le lien d'adoption à l'épreuve du temps. *Neuropsych Enf Adol* 48 : 179-87 (2000).
- Zenoni A.** Entre psychiatrie et champ freudien. *Quarto* p. 54 (1983).

Serge Goffinet

Groupe hospitalier La Ramée - Fond'Roy,
unité troubles dissociatifs, adolescents,
43, avenue Jacques Pastur, 1180 Bruxelles
sergegoffinetpsy@msn.com
téléphone : 0032 2 375 44 93
télécopie : 0032 2 375 95 55

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Les *Acta Psychiatrica Belgica* publient en français ou en anglais les annales de la *Société Royale de Médecine Mentale de Belgique* ainsi que des travaux originaux sélectionnés et des revues générales. En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent qu'il n'a pas été soumis pour publication à une autre revue et n'a pas été publié auparavant.

Les manuscrits destinés à la publication doivent être adressés au

Dr Daniel Souery
Psy-Pluriel,
Centre Européen de
Psychologie Médicale,
62, rue des Trois Arbres,
1180 Bruxelles
Tél. : 02 331 56 65
E-mail : dsouery@ulb.ac.be
(de préférence par e-mail)

Chaque article sera soumis de façon anonyme à au moins deux rapporteurs. La réponse du comité de lecture, qui est sans appel, parviendra aux auteurs dans un délai de trois mois après réception du manuscrit.

Lors de la soumission, les auteurs doivent fournir une adresse électronique et une version informatisée de leur article (fichier word ou équivalent) correspondant à la version papier. Un article envoyé par courrier électronique ne sera pris en compte qu'après réception d'une lettre de soumission adressée par voie postale.

Les épreuves seront envoyées par courriel sous forme de fichier pdf et devront être renvoyées corrigées à l'imprimeur dans les plus brefs délais. Seules seront admises les corrections d'ordre typographique.

Les textes doivent être dactylographiés, sans mise en page personnalisée, en double interligne avec des marges de 3 cm et seulement au recto des feuilles qui seront numérotées.

1^{re} page : Nom et prénom en toutes lettres, fonction, adresse précise des auteurs et de l'hôpital ou du laboratoire dans lequel le travail a été effectué.

2^e page : Titre de l'article (français et anglais), un résumé en anglais, ainsi que quelques mots-clefs repris dans l'Index Medicus.

Pour les pages suivantes : L'article, un résumé en français et en néerlandais, la bibliographie sur des feuilles séparées, puis les figures (graphiques, photos).

Les résumés ne doivent pas dépasser dix lignes chacun et rappelleront les méthodes utilisées, les résultats et les principales conclusions.

Les abréviations seront explicitées lors de leur première citation dans le texte à l'exception des abréviations d'usage international. Tous les médicaments mentionnés doivent être cités selon leur dénomination commune internationale.

Les références bibliographiques seront appelées dans le texte par le nom de(s) auteur(s) et la date. Dans le cas où la référence comporte plus de deux auteurs, ne sera indiqué que le nom du premier suivi de et al. Les références complètes seront regroupées en fin d'article par ordre alphabétique et pour un même auteur par ordre chronologique, les lettres a,b,c permettant de différencier dans le texte les articles parus la même année (1988a, 1988b,...).

Les références des articles et les citations de livres comporteront dans l'ordre : noms et initiales des prénoms des auteurs. *Pour les articles* : titre intégral de l'article dans sa langue d'origine, nom du périodique abrégé selon la nomenclature de l'Index Medicus, volume, indication des pages et (année de parution). *Pour les livres* : titre de l'ouvrage (souligné), nom de la maison d'édition, année de parution et indication des pages. *Pour les citations de chapitre* : noms des auteurs, titre de l'article, référence précédé de "in". Les noms d'éditeurs scientifiques doivent être suivis de "(ed)" ou "(eds)".

Les tableaux ou figures comporteront une légende courte et compréhensible sans référence au texte et seront désignés dans le texte par leur numéro en chiffres romains pour les premiers, en chiffres arabes pour les seconds. La reproduction des documents déjà publiés devra être accompagnée de la permission des auteurs et des éditeurs qui en ont le copyright.

Publicité

Publicité