

Psy



du sud, les psy causent

Cause

- Les langages de l'être
- Horizons

Sommaire

| | |
|---|----|
| Éditorial | 2 |
| PsyCause I – Congrès en Russie. Les langages de l'être. | |
| Quand l'esprit parle au corps | 3 |
| Pour introduire le congrès. | |
| Lorsque la parole cause par et dans le corps | |
| Brigitte Manivel, Tatiana Bérégovaia..... | 4 |
| La psychothérapie en traitement complémentaire | |
| en proctologie lors du syndrome du colon irritable | |
| Vladimir Esaulov | 6 |
| Caractéristiques de la psychothérapie des patients | |
| victimes d'AVC en premier mois de traitement | |
| Svetlana Pokrovskaïa, Elena Timochenko, Mikail Gordeev, | |
| Vladimir Esaulov, Olga Poliakova, Irina Tarasova | 8 |
| Lorsque le corps devient oeuvre ultime | |
| Didier Bourgeois..... | 10 |
| Les conséquences somatiques de la dépendance Internet | |
| Vitalina Loskutova, Vladimir Esaulov | 16 |
| Le Syndrome de réduction de la vie sexuelle chez les héroïnomanes | |
| Youri Zharkov..... | 18 |
| Approche phénoménologique du corps | |
| Jean-louis Griguer | 24 |
| L'hypnose, une logique de communication ? | |
| Patricia Princet | 27 |
| Hypnose indirecte dans les soins aux patients | |
| ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébral | |
| Elena Timochenko, Mikail Gordeev, Vladimir Esaulov..... | 30 |
| Les hiéroglyphes du corps. Variations sur le manque | |
| Claire Faugeron | 33 |
| Intérêt des échelles d'évaluation en psychosomatique | |
| Michèle Chahbazian..... | 37 |
| Horizons | 41 |
| Le phénomène de « la maladie de sortie de l'hôpital » | |
| Jan Cimicky, Omar Mounir..... | 42 |
| Le perfectionnisme chez les étudiants universitaires à Marrakech | |
| Fatima Asri, Imane Adali, Fatiha Manoudi, Imane Tazi..... | 45 |
| ÉWÉ : Le pouvoir de la feuille (plante) | |
| dans l'ethno-pharmacopée en milieu Nagot (Tchabè) | |
| Simon A. Akpona et Coll. | 50 |



Sur le zinc

L'essentiel de ce numéro est consacré à notre croisière-congrès de Moscou à Saint Petersburg dont le thème tourne autour des relations entre psyché et soma. Cette croisière n'était même que le premier volet d'un sujet que nous allons encore décliner au Maroc l'année prochaine du 6 au 12 juin. Cette question m'a conduit à relire un grand classique de mon maître, Roger Gentis, intitulé « Leçons du corps » : un livre publié en 1980, soit depuis presque 30 ans, et qui n'a pas pris une ride (lui en tout cas). Roger Gentis y raconte sa rencontre avec un couple de bioénergéticiens, les Assens :

« Ce qui m'a inspiré confiance, c'est une discussion que j'avais eue avec eux (...). Je les ai connus tout à fait par la bande – je pourrais même dire par la bande dessinée parce que c'est mon gendre Philippe Bertrand qui m'a dit tu devrais voir les Assens, et Philippe fait des B.D. pour *Libé*, pour *Charlie*, pour je ne sais plus quoi, c'est lui qui a fait aussi les dessins de *N'être*. Ils étaient toute une bande, donc, à faire un papier qui s'appelait *Zinc*, un truc underground qui a eu une dizaine de numéros (...). Non, c'est pas de l'anecdote (...). Pour ne pas devenir complètement idiot et solennel, je crois qu'on a besoin de temps en temps de se payer un petit trip dans les marges et c'est pas rare qu'on n'en rapporte pas quelque chose. Un bouquin, par exemple. »

Psy Cause a un peu démarré comme ça, d'une discussion de table à l'internat de Montfavet au début de l'été 1995, c'est-à-dire à une époque révolue où il y avait encore des internes dans un CHS. Je pense en particulier à Didier Bourgeois qui avait réalisé alors une B.D. que nous avons toujours dans les cartons de Psy Cause. Peut-être la publierions-nous un jour en feuilleton. Nous fûmes à ce moment-là quatre à lancer le projet : ce qui m'amène à évoquer également notre biologiste Léo Goudard qui publiait cette année-là un recueil philosophique intitulé « La révolte de l'évidence » dans lequel il énonçait : « il faut bien se garder de vouloir transformer sa pensée en système, faute de quoi on perd sa liberté », avant d'être emporté presque un an plus tard par une cruelle maladie ; et à citer de même Thierry Lavergne dont l'anticonformisme au sein de la profession stimulait notre créativité. Le premier numéro de Psy Cause n'était sans doute guère différent de *Zinc*, en tout cas ce n'était qu'un polycopié avec une seule agrafe. De cela, nous avons rapporté quelque chose : une revue qui a fait son chemin tout en demeurant fidèle, du moins nous l'espérons, à un certain regard.

Nous travaillons en ce moment aux actes de notre congrès du Mans de juin dernier. Le thème de ce colloque « Santé mentale et pouvoir politique » est de grande importance. Il ne concerne pas que notre pays comme en témoigne ici notre rubrique Horizons. Nous sommes là confrontés à un phénomène mondial auquel nous pourrions apporter notre petit grain de sable. Ce sera dans notre prochain numéro qui clôturera l'année 2009.

Nous travaillons aussi à un autre chantier annoncé dans ce numéro : une journée scientifique, le 10 mars 2010 à Montfavet, sur la transmission. L'expérience des anciens qui ont été des acteurs d'une psychiatrie humaniste avec la psychothérapie institutionnelle, la psychanalyse, le secteur, pourra-t-elle se perpétuer auprès de jeunes psychiatres peu nombreux et formés à d'autres références par l'université, auprès de jeunes infirmiers dont l'enseignement initial de la psy fond comme neige au soleil du fait du diplôme unique, voire même auprès de jeunes psychologues sortant de certaines universités (encore minoritaires mais pour combien de temps) qui emboîtent le pas à un mouvement général ?

Montfavet le 17 août 2009
Jean-Paul Bossuat



1. Hôtel Borodino, Moscou.
2. De gauche à droite : Marie José Pahin, Boris Cyrulnik, Mireille Bonierbale, Youri Zharkov.
3. Théâtre à bord : Le banquet.
4. À l'hôpital Saint Nicolas.

Congrès en Russie Les langages de l'être Quand l'esprit parle au corps

L'idée d'un voyage d'étude sur ce thème en Russie a germé sur les rives du Nil à Assouan en octobre 2007. La revue avait alors organisé une croisière en felouque d'Assouan au Gebel Silsileh avec des séances de travail sur le deuil et la perte d'objet et une visite de l'hôpital psychiatrique de Haute Égypte avec lequel nous avons des liens suivis depuis 2003. Brigitte Manivel et Tatiana Bérégovaia s'étaient, à ce moment-là, portées volontaires pour piloter le projet d'un congrès à Moscou. Plus récemment notre collègue de Pierrefeu du Var, Jean Yves Féberey, membre de Psy Cause et président de l'association Piotr Tchaadaev qui depuis des années organise des rencontres scientifiques à Budapest, nous a mis en rapport avec Alexandre Nepomiachty qui enseigne à l'institut de l'Europe de l'Est de psychanalyse et qui revenait de Saint Petersburg. Ce dernier a rendu possible une visite de l'hôpital psychiatrique Saint Nicolas à Saint Petersburg. Notre voyage-congrès fut donc une croisière de Moscou à Saint Petersburg et la résultante d'un véritable travail d'équipe.

Il a débuté avec une journée de congrès à l'hôtel Borodino à Moscou. Le Professeur Vladimir Esaulov et son équipe, de l'Université internationale de Moscou, à la demande de Tatiana Bérégovaia aujourd'hui psychiatre franco-russe à l'hôpital Édouard Toulouse à Marseille, ont présenté plusieurs interventions sur les liens entre le corps et l'esprit en relation avec leur pratique à Moscou. La contribution russe fut complétée par une communication de Youri Zharkov, psychiatre sexologue au département de désintoxication du Centre National de toxicologie de Moscou, contacté par Mireille Bonierbale, sur le sexualité des héroïnomanes. La contribution française à cette Journée, intégralement publiée dans ce dossier, a porté sur les modifications apportées sur le corps via la chirurgie, pas toujours esthétique, sur une approche phénoménologique du corps et sur l'hypnose.

Ce voyage-congrès s'est poursuivi par une croisière de Moscou à Saint Petersburg où nous arrivions à temps pour les nuits blanches. Elle fut rythmée par des exposés de participants dont celui de Claire Faugeron sur les « hiéroglyphes du corps » publié dans ce dossier. Un temps fort fut la représentation d'une pièce de théâtre jouée par des participants au voyage-congrès, intitulée « Le banquet de Platon ». Montée en trois jours sur une idée de Marie José Pahin, psychanalyste à Marseille, par Françoise Lanet, psychiatre à Lausanne, elle consistait en une interprétation libre et un peu décalée tout en étant rigoureusement exacte de l'œuvre de Platon revisitée par Lacan. Elle fut jouée par les acteurs sans lire leur texte et chaudement applaudie par le public constitué des 80 congressistes de notre groupe mais aussi des voyageurs francophones du bateau.

Notre séjour s'acheva avec la visite de l'hôpital psychiatrique Saint Nicolas à Saint Petersburg. Nous remercions nos collègues russes qui nous y ont chaleureusement accueillis et nous ont tout montré sans la moindre censure. Notons la qualité de leur travail au niveau de leur service de réhabilitation de patients psychotiques chroniques. Cette visite sera probablement un point de départ à une collaboration ultérieure, comme pour l'ensemble de nos contacts à l'occasion de notre déplacement en Russie.

Jean-Paul Bossuat



Brigitte Manivel¹

Tatiana Bérégovaia²

Pour introduire le congrès Lorsque la parole cause par et dans le corps

Le langage

A priori, le langage, tout le monde sait ce que c'est. Pourtant c'est une notion très complexe, sujette à réflexions philosophiques, biologiques, évolutives... Il y a autant de définitions qu'il existe d'auteurs. Malgré ce, il est possible de le définir globalement.

Le langage est avant tout le moyen de communiquer et d'exprimer ses propres pensées. Il allie expression de la pensée, perspective du temps (par la conjugaison) et symbolisme. Il nous permet de mettre en relation ce que nous entendons, percevons, sentons, voyons.

Le langage c'est aussi la communication à double sens (deux interlocuteurs), la capacité à exprimer le possible en plus du présent (capacité d'abstraction), l'expression de la logique par l'argumentation, la mémoire du passé etc...

Notons que langage et communication ne sont pas synonymes. Le langage permet de communiquer, c'est-à-dire de transmettre une information. Comme il ne se résume ni à la langue (système particulier à un groupe) ni aux paroles (utilisation personnelle de la langue), il est possible de communiquer de multiples manières. *Le langage ne nécessite pas l'usage de la parole.*

Le psychosomatique

Nul ne conteste aujourd'hui les influences qui unissent le corps et l'esprit.

Depuis ses origines, la médecine s'est construite selon divers courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante.

Ce n'est que dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle que le terme psychosomatique est né, nommé par le psychiatre allemand Heinroch 1773-1843.

Ce nouveau courant médical visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine du XIX^{ème}

1. psychanalyste

Avignon, co-présidente du comité d'organisation du congrès.

2. psychiatre

Centre Hospitalier Édouard Toulouse, Marseille, co-présidente du comité d'organisation du congrès.

siècle des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathologie de certaines maladies. Cette approche nouvelle de l'Homme malade se heurte au développement des découvertes et des conceptions biologiques qui organisent aujourd'hui les soubassements de la médecine occidentale.

Depuis l'invention de la psychanalyse par Freud, une nouvelle voie des malades somatiques s'est ouverte. Un nouveau courant psychosomatique, d'origine psychanalytique par opposition au courant strictement médical s'est développé. Ce dernier part de la notion de maladie pour en rechercher tous les facteurs étiologiques – biologiques et d'origine psychique. Au contraire la psychosomatique psychanalytique part de l'Homme malade et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie somatique.

On ne peut parler de psychosomatique qu'en présence de symptômes somatiques. Nous déterminons deux tendances :

• Le symptôme sensé :

Selon G Groddeck (1866-1934), créateur du concept du « ça », nous sommes agi par le « ça ». Il s'agit d'une force qui est en nous et qui dirige le somatique ainsi que les processus inconscients.

Reich (1897-1957), médecin, psychiatre, psychanalyste, apprécié puis dissident de Freud, donne une importance particulière au concept de pulsation de tout l'organisme comme facteur de santé psychique. Il a développé le lien entre énergie orgasmique et énergie psychique.

La conception de J.P Valabrega repose sur l'idée de l'existence d'un noyau conversionnel chez tout individu. Le corps est ainsi conçu comme un préconscient chargé d'une mémoire signifiante. Ainsi, tout symptôme somatique contient un sens que le travail de la cure psychanalytique vise à découvrir et à élaborer.

• Le symptôme insensé :

Le sujet souffre d'une atrophie de l'imaginaire, d'une grande difficulté ou incapacité à symboliser les conflits. On observe chez eux une singularité dans la relation objet, une carence des symptômes névrotiques d'aménagement.

Joyce Mc Dougall s'est penchée sur la problématique psychosomatique, où elle distingue nettement l'hystérie névrotique (construite par la parole) de celle qu'elle nomme l'hystérie archaïque (avant la parole, encodée dans la mémoire du corps et dont les signifiants sont préverbaux). Elle oppose névrose et psychose d'une part et psychosomatique d'autre part. Dans la névrose et la psychose, le conflit est psychique. Il peut concerner la vie interne ou bien la réalité, mais il y a un drame qui se joue dans la scène imaginaire. Le psychosomatique est, au contraire, théâtre du corps.

Cette analyse comprend le psychosomatique comme conséquence d'un refus, par le psychique, de prendre en charge le conflit pulsionnel, qui s'exprime alors dans le corps (là où, dans l'hystérie, la conversion est conséquence d'un conflit psychique).

Ce refus de traiter le conflit pourrait être décrit comme incapacité de représentation. Cette incapacité de représentation proviendrait d'une faille, d'une coupure dans le processus originaire, d'identification, conceptualisé notamment par la psychiatre-psychanalyste Piera Aulagnier (1923-1990).

Cette faillite de la mise en scène psychique conviendrait au sujet peu soucieux d'un travail sur lui-même, ce qui fait décrire des habitudes banales, par exemple trop fumer, trop manger ou trop boire, comme le signe d'un agir s'opposant à l'élaboration.

Le psychosomatique serait agir sur le corps et attaquer le corps signifierait non seulement une disparition du conflit psychique, mais aussi une attaque de la mère, ou plutôt de l'objet partiel qu'est le vide insondable du corps-peau maternel.

La cause cause toujours

Psychose ? Névrose ? Maladie psychosomatique ? Elles ont en commun la mise en cause, réelle ou imaginaire, de l'intégrité organique.

Un aphorisme de Jacques Lacan, psychanalyste français, qui d'ailleurs a inspiré le titre de notre revue, déclare que : « la cause cause toujours. »

Elle cause par la parole, elle cause aussi **par** et **dans** le corps : quand la parole n'arrive pas à exprimer, le corps prend le relais, il s'en charge.

Elle cause par le corps comme nous l'ont enseigné les hystériques, et dans le corps comme on le constate en psychosomatique.

On le devine, le modèle du passage de psychique à corporel n'est pas le même.

Dans l'hystérie c'est la conversion hystérique qui implique une histoire psychique et une forme symbolique d'expression. L'hystérie est l'expression corporelle chez des malades qui n'arrivent pas à traduire en mots.

On peut opposer névrose et psychose d'une part, et psychosomatique d'autre part. Dans la névrose et psychose, le conflit est psychique. Il peut concerner la vie interne ou bien la réalité, mais il y a un drame qui se joue dans la scène imaginaire.

Tandis que le psychosomatique est, au contraire, nous l'avons dit, théâtre du corps. Dans les troubles psychosomatiques, le symptôme implique un rejet de la vie psychique, il devient conséquence d'un refus, par le psychisme de prendre en charge le conflit pulsionnel qui s'exprime alors dans le corps

Que la maladie soit psychogène ou non, par quel miracle notre psychisme ne serait pas « concerné » par tout ce qui affecte notre corps ?

Soit la maladie provient du psychisme pour se diriger vers le corps (évolution psycho-somatique), soit elle s'origine dans le corps pour s'orienter vers le psychisme (évolution somato-psychique).

Mais dans tous les cas, ces deux pôles finissent par créer un mouvement circulaire où chacun se combine avec l'autre par une dynamique d'influence réciproque.

Le fait de se focaliser sur un seul facteur étiologique produit nécessairement un clivage thérapeutique selon une approche réductrice : si l'origine est somatique, on traite uniquement le corps, si l'origine est psychique, on traite uniquement le psychisme. Ce découpage arbitraire serait-il un non-sens ?

Le psychisme

On peut certes admettre une dimension psychique dans toute maladie, mais peut-on pour autant définir la notion de « psychisme ? ».

Est-ce la gestion des relations interpersonnelles, des conflits internes, des émotions, de l'anxiété, de la dépression, de la maladie ?

Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique le définit ainsi : « le terme de psychisme signifie l'élaboration imaginaire de parties du corps, de sensations et de fonctions somatiques. »

En conclusion

Voilà donc, avec ce thème, « le corps et l'esprit », un terrain de recherche complexe et passionnant, créant une ouverture sur la lecture de l'Être et ses langages.

Les langages de l'être, quand l'esprit parle au corps, le langage émotionnel, la mémoire du corps, l'être psychosomatique, la conversion hystérique, mais aussi l'étude des déclinaisons des liens entre le corps et l'esprit en y intégrant la dimension du sacré, l'utilisation privilégiée de l'expression corporelle comme thérapie des maladies, et bien d'autres choses encore....

Cet axe de travail, de recherche, d'échanges nous le visiterons sur deux années, jusqu'en 2010, un de nos temps forts étant ce congrès en Russie.

Nous souhaitons vous remercier de l'intérêt porté à ce thème. Nous sommes persuadées de la richesse et de la qualité de nos échanges à venir, et de nos expériences partagées. Le comité d'organisation de ce congrès vous remercie également de votre présence et de votre participation.



Vladimir Esaulov

La psychothérapie en traitement complémentaire en proctologie lors du syndrome du colon irritable

Échantillon observé :

174 patients atteints de syndrome du côlon irritable / SCI / (124 femmes -50 hommes) âgés de 18 à 55 ans. La moyenne d'âge est de $38,7 \pm 9,6$ ans. La durée de la maladie de 0,5 à 38 ans. Pour la plupart des patients (63,22%) elle est caractérisée par une longue durée, de plus de 5 ans.

Les observations les plus répandues au moment de l'enquête :

Il s'agit de douleurs abdominales (surtout dans la moitié gauche et au bas de l'estomac) de différentes intensités et durées, de perturbations sous la forme de constipations, de diarrhées et de leur alternance, d'un sentiment de tension et des brûlures d'estomac, grondements, sensation de vidange incomplète de l'intestin.

Les principales plaintes concernant les troubles du système nerveux central chez les patients souffrant de SCI sont : une léthargie, une augmentation de la fatigue, une diminution de la productivité, de l'anxiété, des craintes pour leur propre santé, de la peur, des troubles du sommeil profond, une tension, de l'irritabilité, une instabilité de l'humeur.

Les variantes cliniques du SCI sur la base des manifestations psychopathologiques :

Variante dépressive (19,54%)

Il s'agit des symptômes de dépression avec tristesse et pessimisme dans la perception des événements. La maladie est perçue comme un châtimeur pour des erreurs «péchés» commis dans le passé. Se conjuguent une chute de l'activité mentale, une difficulté à prendre des décisions avec des doutes sur leur efficacité, une faible estime de soi.

Variante dépressive inquiétante (10,34%)

Cette situation causée par l'anxiété et l'angoisse. Se conjuguent des expériences dépressives, un sentiment de désespoir qui augmente l'anxiété du patient.

Variante hypocondriaque (20,11%)

Sur un fond de dépression et d'anxiété, elle consiste en des spéculations ou suspicions d'une maladie plus grave et incurable. Elle entraîne des recours fréquents et intensifs aux médecins, avec une exigence de recherches complémentaires souvent multiples et inutiles.

Variante phobique inquiétante (17,82%)

C'est une hypocondrie associée à des phobies claires et spécifiques.

Variante hystéro-hypocondriaque (16,67%)

On constate une émergence de troubles divers en réaction à des influences stressantes diverses. S'ajoutent une propension à s'exprimer de manière hystérique, des réactions hystériques qui exacerbent alors des caractéristiques d'inquiétude déjà présentes.

Variante schizophrène (15,52%)

Elle est marquée par un renforcement de l'isolement, une «sortie de soi», un évitement de la communication. On assiste au développement de phobies, à une émergence craintes injustifiées, le plus souvent sous la forme de cancérophobies (Cancer du cerveau, du poumon, etc) peur de du SIDA, du diabète et d'autres maladies incurables selon les patients.

Caractéristiques personnelles typiques (d'après l'enquête et les tests):

- Augmentation de la sensibilité, de la vulnérabilité
- Fréquent sentiment de tension et d'anxiété
- Préoccupation constante du monde de l'entreprise
- Tendance à percevoir tout trop au sérieux
- Volonté d'éviter les conflits
- Sentiment fréquent de frustration
- Manque de confiance en soi

Le traitement :

Aujourd'hui, le traitement des patients atteints de SCI comprend généralement : l'alimentation, les traitements physiques, la psychothérapie et une variété de traitements médicaux (spasmolitiques, prokinétiques, enzymes bactériennes, drogues, psychotropes). Le traitement des troubles mentaux chez les patients atteints de syndrome du côlon irritable est encore un problème clinique difficile. Cela est dû principalement à l'aggravation d'une maladie fréquente, sous l'influence de plusieurs facteurs. Le SCI est actuellement identifié par des maladies de l'intestin et des fonctions psychosomatiques.

Les Méthodes psychothérapeutiques dans le traitement du SCI :

Le choix des techniques psychothérapeutiques est influencé par la faible durée de séjour des patients dans le service de gastro-entérologie (35 jours), et par la nécessité d'effets positifs de premier niveau rapides (pour renforcer la motivation de continuer le traitement).

La psychothérapie dans la clinique de gastro-entérologie consiste dans l'emploi de techniques à court terme de psychothérapie centrées sur la résolution rapide de problèmes de changements de statut (techniques de relaxation, positifs à court terme, axée sur les problèmes de thérapie, programmation neurolinguistique (PNL), techniques de Gestalt-thérapie, thérapie éricksonienne, mobilisation des ressources en état de transe).

À l'étape de l'entretien de soutien après la sortie de l'hôpital : il s'agit d'une réponse aux demandes des patients d'un travail d'analyse, de techniques utilisées pour son orientation et son développement personnel (simvoldrama, analyse transactionnelle). Des croyances irrationnelles sont combattues par des techniques de thérapie cognitivo-comportementale.

Lors de la construction de la voie thérapeutique, il faut prendre en compte les premiers syndromes psychopathologiques de chaque patient et bien sûr le stade de la maladie.

Les points d'application de la psychothérapie, des différentes variantes du SCI sont les suivants :

- l'anxiété pathologique caractéristique à toutes les variations de la maladie,
- les troubles dépressifs,
- les tendances hypocondriaques,
- les phobies (notamment cancérophobies).

Un aspect important de la thérapie est qu'elle met l'accent sur la réhabilitation des patients, dans la mesure où un SCI chronique conduit à un certain isolement social et que le

problème peut être résolu par prévention d'un isolement social et psychologique.

L'utilisation de techniques de relaxation, de «respiration abdominale», de motivation et d'hypnose interne réduit le stress et l'anxiété dans presque toutes les variations de la maladie, ce qui a une incidence positive sur les activités de l'appareil gastro-intestinal et le bien-être général des patients.

Cependant, l'utilisation de ces méthodes n'a pas réussi à surmonter de nombreux conflits intrapersonnels dont la maladie est le point de départ et qui contribuent à renforcer sa chronicité.

L'inclusion dans la thérapie d'analyse transactionnelle, de thérapie positive, de Gestalt thérapie, de PNL, de thérapie par l'art moderne et d'autres techniques psychologiques a contribué à optimiser les méthodes de défense psychologique, de comprendre les conséquences psychologiques de la maladie, de renforcer la foi des patients dans leur capacité à faire face à leurs difficultés et aux manifestations de la maladie et à leur apprendre à prendre des décisions positives sans se cacher derrière la maladie et le rôle du « faible et sans défense ».

Tactiques de la psychothérapie et des stades de la maladie :

Lors des premières étapes de la maladie, l'objectif principal de la thérapie est la réduction de l'anxiété et de la tension interne.

Sur le plus long terme, lorsque le patient a développé une fixation sur son état de santé, et créé «un cercle vicieux psychosomatique», le rôle de la psychothérapie est encore très fort et il prend peu à peu une nette forme d'orientation.

La psychothérapie est particulièrement importante lorsque les patients développent une cancérophobie ou des douleurs alors que les médecins n'ont trouvé aucune maladie. Cela exige un maximum de tact et de patience ainsi qu'une explication claire et motivée de la nature de la maladie du patient.

Étant donné l'étroitesse du lien entre le psychisme et l'aggravation des symptômes intestinaux, il est important d'apprendre au patient à vivre avec son «intestin nerveux». Les médicaments peuvent entrer dans d'autres formes de thérapies (faibles doses de sédation et /ou antidépresseurs).

Quelques années après que le patient se soit centré sur son développement et que les soins prodigués se soient avérés persistants, la psychothérapie vise à soutenir les patients et à préserver leurs liens affectifs et leur adaptation sociale. La thérapie entend aussi travailler sur la fixation des patients sur leurs sensations corporelles et à corriger le traumatisme émotionnel de la maladie ainsi que sur la représentation qu'ils s'en font.



Irina Tarasova, la conférencière

Caractéristiques de la psychothérapie des patients victimes d'AVC en premier mois de traitement

Auteurs* : Svetlana Pokrovskaia, Elena Timochenko, Mikhaïl Gordeev, Vladimir Esaulov, Olga Poliakova, Irina Tarasova

La réadaptation des patients atteints d'accident vasculaire cérébral associe une rééducation motrice, une rééducation vocale, le traitement des complications en période post-AVC, une rééducation psychiatrique, et un travail avec la famille du patient.

Les défis du psychologue

Face à ce projet de réadaptation des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, ce n'est pas peu dire que le psychologue est dans la situation de devoir relever un certain nombre de défis :

- la définition des facteurs psychologiques qui contribuent à l'émergence de la maladie,
- l'identification des caractéristiques de personnalité et des maladies associées qui entravent les effets thérapeutiques et l'autonomie du patient,
- la réduction de l'anxiété et un traitement adéquat de la maladie chez le patient, les membres de sa famille et le personnel soignant,
- aider le patient à la formation de sa nouvelle image de soi, son auto-évaluation et la définition de sa place dans la société,
- travailler avec la famille du malade, l'aider à surmonter les réactions de tristesse, de peur, les changements dans la répartition des rôles au sein de la famille,
- préparer le patient à une activité sociale et un changement de statut social, l'aider à la recherche d'un nouveau statut social,
- travailler avec le personnel impliqué dans la réhabilitation.

Les principes de base du traitement psychologique

Ils se conjuguent ainsi :

- multidisciplinarité, une approche intégrée,
- impact multiaxial,
- intégrité,
- démarche personnalisée,

* Équipe du Pr Esaulov

- limitation du nombre de patients,
- renforcement des fonctions intactes,
- approche combinée à une utilisation de techniques à actions psychocorrectrices,
- progressivité.

Les étapes du travail psychologique

Elles se déroulent ainsi :

- conversation clinique et observation,
- diagnostic psychique initial, identification des objectifs de traitement,
- un programme d'adaptation psychologique,
- travail de traitement visant à la stabilisation de l'arrière-plan affectif, de la réduction de l'anxiété, du stress, de l'activation des ressources internes; correction d'attitudes irrationnelles; construction de perspectives de vie, création d'un climat psychologique adéquat dans la famille,
- diagnostic psychologique complémentaire.

Les voies d'action du traitement

Elles sont multiples :

- conversation clinique avec l'introduction de la thérapie rationnelle, suggestions non-directives, acceptation de traitement et de comportement,
- hypnose ericksonienne (ressources en transe),
- art thérapie: utilisation de la peinture, de la sculpture, de la musique,
- thérapie cognitivo-comportementale,
- recours aux méthodes de psychothérapie familiale pour aider les proches à faire face aux problèmes de la vie et répondre aux troubles affectifs internes.

L'Art Thérapie :

C'est le traitement par création d'art en matière plastique (peintures, métaux, plastique, arts graphiques).

Objectif : impact psycho-émotionnel sur l'état interne.

Tâches :

- expression créative, afin de réduire le stress émotionnel d'expériences traumatisantes,



- encouragement des patients à l'auto-développement d'une convivialité, de créativité et de motivation au traitement,
- renforcement de la communication,
- différenciation des expériences des patients.

La thérapie cognitivo-comportementale :

Elle vise à trouver de nouvelles façons de s'occuper activement des questions de comportement irrationnel et d'attitudes inadaptées au développement des compétences dans de nouvelles conditions sociales.

Objectif: aider les patients dans leur façon d'interpréter la réalité.

Tâches :

- changer leur perception d'eux-mêmes, rectifier les comportements inadaptés et les attitudes irrationnelles,
- un élargissement des stratégies du comportement, la mise à jour d'un suivi du comportement,
- élaborer de stratégies de Koping visant à exploiter les modes d'adaptation du comportement,
- éloignement des contacts gênant la construction d'un véritable micro-environnement social,
- créer une attitude positive et développer d'autres intérêts.

Le travail psychologique avec la famille :

Objectif : correction des relations au sein de la famille, l'apprentissage d'une bonne relation avec le patient.

Tâches:

- informer les parents des caractéristiques psychologiques qui surviennent chez un patient en raison d'une maladie,
- structuration d'un traitement adéquat au patient et à ses capacités (sans tutelle ni désistement),
- aide à surmonter les réactions de tristesse, de peur, les changements dans la répartition des rôles au sein de la famille,
- renforcement de la cohésion et de compréhension,

- prévenir les situations de conflit potentiel,
- formation des membres de la famille à la construction d'une nouvelle relation,
- soutien au développement d'objectifs de vie dans de nouvelles conditions sociales,
- formulation de recommandations pour les membres de la famille au moment de la sortie du patient.

La psychothérapie individuelle :

- inventaire détaillé des problèmes,
- réaction rapide et adéquate à l'évolution du patient,
- maintien d'un haut niveau de motivation pour le traitement,
- information et soutien psychologique aux membres de la famille.

La thérapie de groupe :

- lutte contre l'aliénation, résolution de problèmes interpersonnels,
- le groupe, une société en miniature,
- la possibilité de recevoir des commentaires et du soutien des personnes ayant des problèmes similaires,
- apprentissage de nouvelles compétences,
- identification de soi vis-à-vis avec les autres,
- création de conditions afin de clarifier les problèmes psychologiques de chacun,
- épanouissement personnel, autoanalyse de soi, et connaissance de soi,
- facteur économique.

Agir dès le début

L'insertion au centre de soins des patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux dès le début de la période de traitement augmente sensiblement l'efficacité de l'adaptation socio-psychologique de cette catégorie de patients et l'efficacité des mesures de réinsertion.



Didier Bourgeois

Lorsque le corps devient oeuvre ultime

Position du problème

Notre époque cartésienne privilégie le dualisme psyché/soma. Les deux entités sont distinguées et parfois opposées: L'esprit, l'âme (à sauver), immatériels et/ou le corps, corruptible. Avec comme corollaire la question : qu'est ce que corps qui nous encombre et qui nous résume parfois? Ce corps qui peut être lieu de jouissance extrême et de souffrances immenses : orgasme et agonie, acmé et extinction! Le corps, devenu objet, peut se voir embaumé, enterré, incinéré maintenant (20% des obsèques en France finissent par une incinération), lyophilisé, diamantisé et mis sur orbite par la même occasion, mais aussi mutilé, consommé...déné.

Ce que devient notre corps après la mort, ce mystère, nous est depuis toujours intolérable. Embaument et autres rituels funéraires ne sont qu'artifices de dénégation de cette irrémédiable corruption des chairs. Bien peu d'entre nous garde leur humour confrontés à leur mort. Soeur Emmanuelle, se promenant dans le cimetière de sa congrégation devant sa future tombe, un peu avant sa mort a pu dire : dans peu de temps, dans ma tombe, il ne restera plus que mes dents, et encore, ce ne sont pas les miennes!

Corps représenté, photographié, sculpté, oeuvré (body-art), exposé...Corps convoité, détesté, martyrisé, aseptisé, ascétique, disséqué, mis en planche anatomique par plastination (Günther Von Hagens), objectalisé, expertisé, opéré, ressuscité, greffé, greffon. Le corps incarne notre art de vivre, la vie étant elle-même une succession d'instant de survie (psychique/ corporelle)?

Notre corps est bien la seule chose qui nous appartient irrémédiablement¹, n'est pas interchangeable et renvoie à la

perception de notre ipséité². Sentiment d'être réel, sentiment d'être permanent, de fonctionner tout simplement.

Le corps, malade ou bien portant, nous interroge. Est-il simple interface entre notre psyché (la part noble de notre être?) et le monde? Qu'est-ce que la psychiatrie a à dire du corps en ce début de millénaire? Qu'est-ce que la société fait du corps?

On doit cependant se rappeler que le cyborg : l'homme du XXI^{ème} siècle (?) est déjà un assemblage composite d'artificiel et de biologique. Il est bionique, poly-prothétique... mais il n'y pense déjà plus : dents, lentilles, lunettes, prothèse auditive, DIU³, nous habitent ; bicyclette, voiture, téléphone, ordinateur, ont rapetissé notre monde jusqu'à en faire notre jardin ; seins artificiels, viagra, biotox, nous procurent un plus émotionnel. Certains se sont déjà fait implanter des puces électroniques dans le corps mais peut-on passer sans dommage de l'état d'humain à celui de biomachine?

Va-t-on vers le Transhumanisme (extropie), vers une cyborguisation radicale de l'espèce, vers un post-humain pouvant vivre (se survivre) dans un monde virtuel? La science fiction développe ce mythe nouveau.

Les prévisionnistes supputent déjà que l'humain du futur (humanoïde) sera plus grand, métis, chauve (effet du climat), aura un pouce plus développé à force de jouer sur les claviers, une sangle abdominale molle, qu'il vivra 140 ans mais commencera à procréer à 40 ans. Tel que décrit, il ressemble furieusement à l'étrange cadavre photographié (?) à ROSSWELL en 1947 et attribué à un extra-terrestre soi-disant retrouvé mort dans des débris de sa soucoupe volante.

Il faut néanmoins se rappeler que le processus de cyborguisation n'est pas nouveau : chaussures, vêtements, armes étaient déjà des prothèses. Mais il est d'une intensité

Psychiatre

Chef de pôle, Centre hospitalier de Montfavet

1. Le don et la greffe d'organe pondèrent ce fait depuis peu, cf. les récentes greffes de visage qui désorganisent notre représentation de soi et d'autrui potentiel.

2. Ipséité, caractère du sujet pensant qui a le pouvoir de se représenter lui-même comme demeurant malgré les changements qui affectent son corps et son esprit. Conscience réflexive de soi à soi-même. Du latin ipse, la chose en elle-même, soi-même. cf. der Spiegel: le miroir.

3. Le DIU (1909) est le premier exemple d'altération volontaire d'un fonctionnement biologique par un dispositif intrusif.

incomparable. On est aujourd'hui très près de la mise au point du bras artificiel commandé par la pensée. Du point de vue de phylogénétique, c'est la verticalisation de l'espèce humaine qui a libéré la main et permis, entre autres, la télencéphalisation, donc le développement exponentiel de l'intelligence humaine. Dans cette perspective, Psyché est donc née grâce à Soma (comme Eve a été créée à partir d'une côte d'Adam!).

Parallèlement, il existe une image du corps pensé, du corps agi, sensorimoteur : L'homuculus de Penfield en est une illustration. Un sujet peut donc se représenter scientifiquement en lui-même pour ce qui concerne des composantes significatives de son être-au-monde. Un être-au-monde sensori-moteur.

Pour ce qui est du ressort de la psychiatrie, agissant sur les conduites comme sur la souffrance psychique, il apparaît que les sujets en souffrance expriment celle-ci par leurs mots, ceux que savent décrypter, interpréter les psychiatres, mais aussi par leur corps, ce que nous avons désappris à lire et à considérer. L'approche corporelle en psychiatrie est vite suspecte depuis Freud et le Psychanalyse, Les considérations éthiques et déontologiques barrent drastiquement l'accès au corps. Pourtant, cette dimension était présente et active dans la thérapie chez certains précurseurs comme W. REICH.

-Le corps est mis en jeu différemment selon qu'il s'agisse des émotions ou des sentiments. Les sentiments appartiennent à l'esprit et peuvent être traduits en mots (colère, amour, haine, indifférence...). Ils peuvent être masqués. Ils sont de l'ordre de l'intime, propriété privée du sujet. Les émotions, sont du ressort du biologique, elles n'ont pas de mot pour se dire et se manifestent directement sur le théâtre du corps. Du coup, leurs manifestations sont quantifiables. Elles sont de l'ordre de l'extime. †

Il existe des dispositifs de clivage :

-le bureau, la position analytique, la séparation des domaines. En France (après 1968) a eu lieu le démembrement de la neuropsychiatrie en neurologie et psychiatrie. Le processus n'est pas terminé puisque l'évolution des pratiques promeut une néo-psychiatrie divisée en une neuroscience et une approche psychosociale (psycho-éducative?) de la souffrance et de la déviance : une branche des sciences humaines sous l'influence directe du politique, c'est la psychiatrie comme garante de l'ordre social. Toute la richesse de la Psychiatrie consiste à incarner cette interface biopsychosociale, c'est sans doute ce qui la condamne.

Du clivage au déni, le corps est aujourd'hui indéniablement le parent pauvre de la psychiatrie, il peut être regardé, à la rigueur, au microscope électronique mais pas à la dimension macroscopique. Ceci fait écho à l'évolution du regard sur le



corps en occident chrétien : mépris, oppression (ascèse monastique), obsession (érotique?), mais aussi résurrection!

En psychiatrie, le corps macroscopique se doit d'être contenu, comme si la contrainte exercée sur le corps contenait la folie :

- contension administrée: De la loi de 1838 à la loi du 27 juin 1990.
- contension actée: Chambre d'isolement, entraves, camisole chimique...Le tout étant strictement protocolisé.
- action directe sur le corps: douche chaude, froide, écossaise (hydrothérapie).mais aussi massages, relaxation, training autogène de Schultz, et lobotomie !

Certaines formes d'art-thérapie mettent aussi en action le corps: danse, théâtre, chorale...peinture et sculpture... Quelques clefs peuvent être citées:

La création de son autoportrait est un acte thérapeutique: Exemple. la signature comme premier acte d'affirmation de soi. (la griffe). Notion d'identification. La science s'est mise directement au service de l'identification (de Bertillon au passeport biométrique) mais la pensée reste du domaine de l'intime, elle est donc subversive. La machine à décrypter ou contrôler la pensée reste de l'ordre de l'utopie totalitaire ou du délire (syndrome d'automatisme mental de G. Gatian de Clérambault).

Certains artistes refusent de signer leur production, ce qui est une autre dimension. L'autographe, comme certaines signatures sont en elles-mêmes des oeuvres: *Ben*.

Contribution sommaire à une clinique du corps

Pour en rester aux grandes entités nosographiques, il faut garder à l'esprit que psychotiques, névrotiques et sujets borderlines ont chacun un rapport au corps significatif :

Le corps du névrosé : toutes les névroses font l'objet de préoccupations corporelles. Le névrosé habite son corps mais ce corps est le plus souvent matière à inhibition

4. R. BABEAU: Le lien psychosomatique, de l'émotion au sentiment. Communication pour Psycause "Les langages de l'être, Quand l'esprit parle au corps" 06/12/2008 Villeneuve lez Avignon.

psycho-comportementale (cf. FREUD et la psychanalyse), il peut être lieu géométrique de conversion (hystérie), il est incarné, sexualisé, génitalisé, il est lieu d'échanges, il peut manifester les stigmates de l'angoisse, voire de la dépression, par l'oméga mélancolique, il peut trahir un dysfonctionnement : les ongles sales de l'obsessionnel, les cernes de l'insomniaque.... Mais ces éléments ne sont que des symptômes.

Le corps du psychotique : il peut être désinvesti jusqu'à l'incurie, catatonique, marqué précocement par les conséquences délétères de la maladie: tabagisme : dents cariées, absence de libido, clinophilie, perte du ballant des bras, tremblements dus aux effets secondaires des neuroleptiques, coloration spécifique de la peau (cf. le purple people). Le psychotique est tellement identifié à son traitement par les antipsychotiques et les neuroleptiques que les effets secondaires du traitement et les signes corporels de la psychose peuvent être cliniquement confondus. Mais aussi, le corps entre en jeu dans la perception du monde : syndrome d'influence, avec hallucinations cénesthésiques, héautoscopie, hallucinations corporelles négatives.

Le corps chez le sujet borderline : Le sujet borderline exprime préférentiellement sa souffrance à travers son corps. Son corps est, cliniquement, le lieu de mise en acte de sa déviance intime. Il ne lui reste d'ailleurs souvent que ça. Autre lieu de mise en acte : le champ social et c'est à travers la mise en jeu de son corps, là aussi, qu'il s'exprime parfois. Exemple : tentatives de suicide et scarifications en prison. Le borderline n'a pas accès à une problématique génitalisée mais exprime une problématique existentielle à travers la question ou la quête d'un droit à l'existence qui grippe le fonctionnement des instances traditionnelles de



l'inconscient. En ce sens, avec B. Grunberger⁵, le narcissisme peut être considéré comme une quatrième instance. Cette problématique existentielle fait écho au néologisme forgé par Fineltain⁶, Styxose (référence au fleuve Styx, le haïssable, qui sépare le monde des morts de celui des vivants) pour dénommer les états limites.

Dans cette perspective, les atteintes corporelles que s'infligent ces sujets sont le plus souvent une tentative (désespérée) de vérifier leur existence, leur droit à l'existence ; elles relèvent de l'ordalie : *si je risque de mourir, c'est que je suis vivant*. En ce sens, sauf contexte dépressif, elles ne sont pas des tentatives de suicide authentiques, elles ne sont pas des mises à mort mais des tentative de vivre!, des appels.

De même, les conduites d'échec, fréquentes et lancinantes, pouvant fonder un destin, doivent se lire à la lumière de l'instance narcissique comme étant la seule issue existentielle plausible lorsque s'impose au jour le jour l'équation morbide : *je souffre donc je suis..*

La souffrance borderline renvoie depuis Bergeret⁷ et d'autres théoriciens, à divers concepts non contradictoires :

- faille narcissique, abandonnisme, mésestime de soi,
- penser ne pas avoir droit au bonheur, angoisse massive, dépression anaclitique,
- faux self, moi lacunaire, personnalité *as if*...

La déviance borderline, si polymorphe et bruyante, dérangeante, peut se lire comme une tentative de colmater ces failles inexorables. On peut livrer une liste non exhaustive⁸ à réactualiser chaque année sans doute, des aménagements de cette structure psychique : addictions diverses, alcoolisme, gambling, sex-addiction, anorexie, boulimie, scarifications, automutilations, apotemnophilie (wannabee), syndrome de Lasthénie de Ferjol, syndrome de Münchhausen, le vaste champ des perversions dont le sadomasochisme, des syndromes mineurs ou plus socialement plastiques : tatouage, piercing... Il peut y avoir, naturellement succession de syndromes, intrication et co-morbidité, ce qui complique le tableau et la prise en charge thérapeutique.

Certaines variantes cliniques du rapport au corps dans les dysphories de genre (transsexualisme) sont exemplaires. Certains transsexuels exigent un aller-retour étonnant par leur demande d'interventions sur leur corps. Une fois obtenue la transformation radicale de leur corps, et souvent au prix d'un long et pénible cheminement, grâce à la chirurgie plastique et constructrice en particulier, ils demandent à faire le chemin inverse. Un homme transformé en femme va demander à retrouver un corps d'homme. Une transsexuelle initialement femme, transformée du point de vue morphologique en homme mais ayant conservé intact son appareil génital féminin a ainsi pu tomber enceinte deux

5. B. GRUNBERGER: Le narcissisme: essai de psychanalyse. Petite Bibliothèque Payot, 1993, Paris.

6. L. FINELTAIN: Actualité du syndrome borderline, Bulletin de psychiatrie N° 3-1; 1996.

7. J. BERGERET, W. RIED: Narcissisme et états limites, Dunod 2003.

8. D. BOURGEOIS: Comprendre et soigner les états-limites, Dunod 2005.



fois (et publier sa photo sur Internet de surcroît !). Ce cas est exceptionnel mais tend à démontrer qu'une partie de la problématique en jeu dépasse la simple et superficielle revendication de genre, qu'elle s'apparente à la mise en jeu d'une maîtrise absolue sur le corps, ce qui tendrait à autoriser une réorganisation systémique de la constellation jusque là éparses de certains syndromes : anorexie, dysphorie de genre, Troubles Identitaires Relatifs à l'intégrité Corporelle (TIRIC) en une entité à composante structurale spécifique ayant à voir principalement avec la maîtrise du corps pour ce qui est des aménagements cliniques.

Parmi ces syndromes naissants ou se découvrant progressivement, l'*apoptemnophilie*. L'aspirant (en anglais, wanabee), comme paraphilie (1977)⁹, se définit par :

- une attirance sexuelle (et/ou intellectuelle?) pour un sujet amputé,
- un désir forcené d'être amputé qui va jusqu'au passage à l'acte, le passage à l'acte peut être médiatisé (ex. demander à un partenaire de l'amputer, au cours d'un jeu sexuel) ou être solitaire (auto-amputation).

L'idéation obsédante d'une amputation comme unique moyen d'être soi, peut aboutir à une revendication de nature communautaire à travers des échanges de conseils, des demandes d'avis, des échanges de réflexions, qui sont autant de moyen de verbaliser le fantasme, de le faire vivre, de le partager : il y a déjà des forums sur le sujet sur internet¹⁰.

À l'apoptemnophilie fait pendant l'*acrotomophilie*. (étymologie: *akron-tomo-philía*), trouble caractérisé par le fait que l'excitation sexuelle et la facilitation ou l'atteinte de l'orgasme soient dépendantes d'un partenaire qui soit une personne amputée. Il y a donc attrait pour l'extrémité amputée). Ces sujets s'auto-désignent comme des fervents

(en anglais, devotee). Sur les forums, le dialogue entre fervents et aspirants est éloquent. Apoptemnophiles et acrotomophiles apparaissent donc comme formant un couple de sujets complémentaires mais distincts (?), analogue au couple sadomasochiste.

Troubles identitaires de la personne amputée

- *Sentiment «d'incomplétude et de handicap» en tant qu'individu à quatre membres.*
- *Espoir de «complétude et de validité» après l'amputation.*
- *Idée précise du membre et du niveau d'amputation nécessaire.*
- *Amputation unilatérale au dessus du genou, amputation d'un bras, de plusieurs membres.*
- *Sentiment d'intense jalousie à la vision d'une personne amputée.*
- *Sentiment de honte et d'indignité à l'égard de ses sentiments.*
- *Ces personnes se sentent complètement seules dans ce cas. Elles peuvent même avoir suivi un traitement psychiatrique sans jamais informer leur thérapeute de leur désir (projet?) sous-jacent. Les tiricaires se sentent traqués par la psychiatrie. Dans leurs forums, pour désigner les psychiatres, ils utilisent facilement le terme de Shrink (rétrécis).*
- *Épisodes répétés de dépression, des idées suicidaires.*
- *Éventualité de blessures auto-infligées dans le but d'obtenir une amputation, utilisation d'un fusil de chasse, brûlure, auto-infection., application de soude caustique sur les brûlures qu'ils s'infligent?*
- *Échec des traitements psychothérapeutiques de toutes obédiences actuellement disponibles à résoudre leur problème.*
- *Activités de répétition (simulation): ils imitent l'état d'amputation en privé et/ou en public. On voit que ce positionnement existentiel présente beaucoup d'analogies avec le vécu des transsexuels.*

9. A. LEVY, J-C MALEVAL: L'apoptemnophilie en question. L'information Psychiatrique, Vol. 84, N°8, oct. 2008.

10. http://forum.doctissimo.fr/psychologie/psychotherapies/dysmorphophobie-apoptemnophilie-penectomie-sujet_2807_1.htm

Le tiricaire est considéré comme faisant partie d'un groupe distinct du fait que son désir de devenir une personne amputée est lié aux activités de la vie quotidienne et n'est pas purement lié à l'excitation sexuelle. Ce questionnement a à voir avec celui de la féminisation dans la psychose¹¹.

Il faut faire un *diagnostic différentiel* car divers troubles psychologiques sont susceptibles d'induire un désir ou un passage à l'acte ayant à voir avec l'amputation :

- Transsexuels: habituellement, ils ne mutilent que leurs parties génitales pour acquérir et assumer l'apparence du sexe opposé.
- Schizophrènes: Dans ce cas, la mutilation répond à une thématique délirante, mystique ou sexuelle.
- Troubles de la personnalité: La mutilation a pour but de libérer une tension ou atteindre un progrès secondaire.
- Désinhibition psycho-comportementale : la blessure découle d'une prise de risque par désinhibition, mauvais jugement ou difficultés de perception. (Démence, manie, excitation sexuelle faisant prendre des risques).
- Dépression: la mutilation renvoie parfois à une tentative de suicide ou à une punition symbolique de fautes ou de pêchés.
- Dismorphophobie ou/ et dysmorphie corporelle: La mutilation peut traduire la recherche d'une modification de l'apparence physique en réponse à une imperfection physique perçue comme irrémédiable.
- Pathomimie à dimension personnelle ou sociale avec recherche d'avantages : désir conscient ou inconscient d'incorporer le rôle d'une personne malformée. En Inde, de nos jours encore, la mutilation des enfants mendiants est encore pratiquée. Un enfant infirme rapporte plus qu'un enfant sans mutilation¹².

Le monstre et l'art

Aux frontières troubles du pathologique et du fait de société morbide, depuis toujours le monstre et le difforme fascinent et révoltent, ce qui fit la fortune du cirque Barnum. Chimères, centaures, femme à barbe, frères siamois, homme à deux têtes, homme arbre font ou ont fait frémir les foules.

L'art est ce qui peut donner sens au monstre qui est en nous; quand le monstre n'existe pas, on le crée (cf. les mythologies de toutes cultures) On peut le créer à partir de soi: Le body art maltraite le corps mais lui donne, en principe, un sens neuf. Il est revendiqué comme un art. Art de survivre à ses fantasmes? Autrefois confidentiel, réservé à l'underground et à une certaine élite d'initiés, il se veut désormais accessible à tous au moins en tant que specta(c)teur, grâce à Internet. Trois exemples parmi d'autres :

L'australien STERLAC, homme machine, artiste post-hu-

main, hybride volontaire, pionnier des nouvelles technologies affirme: *le corps est obsolète* Après une déjà longue carrière de performeur, notamment à travers des suspensions corporelles inspirées de rites traditionnels amérindiens, il s'est greffé une troisième oreille sur son avant-bras gauche et l'a dévoilé lors d'une conférence sur l'ensemble de son oeuvre vouée à l'exploration d'une *architecture anatomique alternative*.

Lukas ZPIRA, figure actuelle du body-art français, tatoueur, photographe, lui aussi féru de suspension corporelle, développe un processus de transformation radicale de son corps qui va, selon lui, au delà de la *retouche cosmétique*. *Les modifications corporelles permettent d'avoir accès à un nouveau vécu. L'expérience de la douleur, le plaisir de la recomposition d'une image de soi*. Il utilise le terme de body hacking pour qualifier sa démarche, tentative d'outrepasser les frontières physiologiques et biologiques y compris en s'accouplant avec des machines. *On est dans un changement d'humanité, pour la première fois, on va prendre en main notre évolution et pourtant, avec la question des brevets, entre autres, on risque de perdre le contrôle de ses possibilités*. Faut-il faire breveter notre corps? Pour lui, les gens n'ont pas plus à être choqués par ses suspensions que par les exploits sportifs.

*Ils réduisent ça à de l'automutilation, mais ma douleur est très relative, comparé à celle d'un alpiniste qui escalade l'Everest et se fait amputer les doigts de pieds, ou aux stigmates d'un joueur de rugby. Le sport ce sont les jeux du cirque contemporains, idéalisés et acceptés par la société.*¹³

Embrasser la mort, résister à la mort, cette tension-intention enflamme la performance de Ron ATHEY¹⁴, body-artiste californien, figure emblématique des *modern primitives*, icône de la scène gay SM. Californien et séropositif HIV, Ron ATHEY évoque le sentiment du survivant, cette *plaie qui ne se referme pas*.

Ces artistes ont eu une préceuseuse, la française ORLAN (née en 1947), dont la production artistique toute entière est basée sur les modifications corporelles qu'elle s'inflige par la chirurgie plastique (esthétique?) y compris les implants de silicone. Elle façonne son corps comme une oeuvre d'art qu'elle *donne à voir*. Elle nomme son travail *l'art charnel*, mouvance de l'art corporel.

Par exemple, *La Réincarnation de sainte Orlan* commencée en 1990 comprend une série d'opérations de chirurgie esthétique durant lesquelles ORLAN fait de sa propre chair le matériau de son travail et prend pour base les représentations de la femme dans l'art occidental (La Joconde par exemple).

11. M-J GRASSO: «Mutilations et féminisation dans la psychose : à propos d'un cas clinique». Mémoire de master II professionnel de psychologie clinique, psychopathologie et santé mentale 2008/2009, université Paul Valéry, Montpellier.

12. cf. *Slumdog millionnaire*, film de Danny BOYLE. Inde, Grande-Bretagne, 2008, oscar 2009.

13. Citations trouvées sur Internet, média idéal pour de telles expériences.

14. Dans une pièce performance intitulée *Incorruptible flesh, Perpetual wound*. Ron ATHEY, né en 1961, a produit divers performances (Solar Anus-1998 ; incorruptible flesh-1996... Il s'est aussi inspiré du travail DE P.P. PASOLINI.

Ceci est mon corps... Ceci est mon logiciel... est une performance-conférence du 30 mai 1990 accompagnée d'un livre et d'un CD-ROM. Elle y développe le *Manifeste de l'art charnel. Self-hybridations* (1998-2002) oeuvres multimédia, retouches d'images mettant en scène l'artiste dans des métamorphoses physiques (virtuelles cette fois et non réelles) inspirées des canons de beauté d'autres civilisations. ORLAN transforme donc son image, de façon à se rapprocher des traditions culturelles précolombiennes comme la déformation rituelle du crâne par les Mayas¹⁵.

Le Body art explore donc les limites du corps, de la vie, de l'individu, de l'art: Le corps comme oeuvre ultime¹⁶! Avec comme corolaire implicite la mort comme sevrage de son

corps. Et cette mort, fantasmée, organisée peut être mise en scène en une ultime oeuvre d'art, point d'orgue mortifère ou jouissif d'une vie.

- La mise en scène macabre: auto-agressive: le pendu comme prototype du suicidé.
- La mise en scène hétéro-agressive: notion de scène de crime, de mode opératoire et de modalité criminelle utile en criminologie pour repérer les tueurs en série.

Le corps d'un sujet est le lieu privilégié pour y mettre en oeuvre fantasmes et désirs. Il est important à prendre en compte en psychiatrie. Le travail sur son propre corps, conscient ou/et inconscient peu le transformer en une oeuvre ultime, oeuvre d'une vie, jusqu'à la mort.



15. A rapprocher des réductions rituelles de têtes des prisonniers par les indiens Jivaros d'Amazonie.

16. L'œuvre ultime, de Cézanne à Dubuffet, Fondation Maeght 1989.



Vitalina Loskutova¹ Vladimir Esaulov²

Les conséquences somatiques de la dépendance Internet

Internet comme agent de dépendance

Utiliser internet, c'est disposer d'un produit de l'informatique qui ouvre des potentialités qui peuvent en faire un véritable agent de dépendance. Par lui on accède :

- à la possibilité de l'anonymat des relations sociales,
- à une occasion de mettre en œuvre des idées et des fantasmes avec des réactions, y compris sous des variétés différentes d'identités et de rôles sociaux,
- à un aspect voyeur,
- à des occasions uniques de trouver un nouvel ami, sans besoin de garder son attention,
- au fait d'accroître les possibilités de communication dans des équipes virtuelles, qui permettent un certain statut social,
- à un accès illimité à l'information.

Les critères de diagnostic sur le Web

En analogie aux critères du jeu pathologique dans le DSM-IV, nous pouvons considérer deux repères diagnostiques de l'usage pathologique d'internet :

- A. L'utilisation d'Internet comme cause de détresse.
- B. L'utilisation d'Internet comme préjudice à l'épanouissement physique, psychologique, interpersonnel, matrimonial, économique ou social.

Les symptômes psychologiques de dépendance à Internet :

- une sensation de bien-être ou d'euphorie à l'ordinateur,
- une impossibilité d'arrêter,
- une augmentation du temps passé à l'ordinateur,
- la négligence de la famille et des amis,
- des sentiments de vacuité, de dépression, de colère en absence d'ordinateur,

1. psychiatre

Moscou, équipe du Pr Esaulov.

2. Professeur de psychiatrie
Université internationale de Moscou

- le mensonge à des employeurs ou de membres de la famille au sujet des activités menées,
- des problèmes au travail ou l'école.

Les symptômes physiques :

- le syndrome du canal carpien (lésion des troncs nerveux de la main suite à l'utilisation prolongée des muscles),
- sécheresse des yeux,
- maux de tête de type migraine,
- maux de dos,
- repas irréguliers, propension à sauter des repas,
- troubles du sommeil, changements dans les cycles du sommeil,
- négligence de l'hygiène personnelle.

Signes avant-coureurs d'une dépendance à Internet :

- le désir obsessionnel de vérifier constamment ses e-mails,
- l'impatience avant la prochaine session «en ligne»,
- une augmentation du temps passé «en ligne»,
- de plus en plus d'argent dépensé «en ligne».

Les étapes du développement de la dépendance à Internet :

1. Fixation sur Internet comme agent addictif.
2. Naissance d'une addiction.
3. Développement de cette addiction.
4. Addiction pérenne.

Les types de dépendants à Internet se différencient par l'utilisation qu'ils en font :

- 1- comme moyen de procuration de plaisir,
- 2- comme moyen d'échapper à la réalité.

Souvent, il existe une combinaison de motivations. Dans un groupe de dépendants à Internet, plus de 90% préfèrent utiliser les services liés à la communication.

L'étude

Cette étude a été menée sur la base de 3500 questionnaires sur la dépendance à Internet.

L'échantillon a été constitué sur le site personnel de Vitalina Loskutova avec pour adresse: <http://test.lvs.ru> de Septembre 1999 à Septembre 2003. Pour le sondage, un ensemble de 20 questions a été utilisé pour le diagnostic de dépendance à Internet, mis au point par Kimberly Young (Young K, 1996) ainsi que 20 questions supplémentaires et 14 questions relatives à l'identité de l'Internet-dépendant.

La prévalence de la dépendance-Internet est basée sur des données en corrélation avec K. Young, (1996) – elle touche de 1 à 5% de l'ensemble des utilisateurs d'Internet.

La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 21 ans (min - 14, max - 35). Elle peut être expliquée par une inhibition des mécanismes d'autorégulation, de la capacité de contrôler les émotions et de canaliser le comportement impulsif qui est en général plus fréquente chez les jeunes.

Durée de l'utilisation d'Internet : la plupart des utilisateurs d'Internet l'utilise depuis plus de 2 ans, ce qui permet de distinguer une utilisation de dépendance et l'utilisation intensive des «débutants». Une morbidité existe avec l'adjonction l'abus d'alcool, de drogues ou de toute autre substance modifiant l'état de conscience et l'anamnèse.

La dépendance-Internet se développe chez des individus ayant une prédisposition à l'addiction. Ce groupe à risque rassemble majoritairement des jeunes hommes (moins de 21 ans) en formation continue, non mariés, et ayant déjà eu par le passé des troubles affectifs et des apparitions de différents types de dépendances.

Concernant la dépendance-Internet, l'addiction se caractérise par :

- des symptômes avant-coureurs au phénomène addictif,
- un problème de contrôle,
- une faible capacité d'évaluation de son propre état,
- des difficultés d'adaptation sociale dans la vie réelle

Les états morbides de la dépendance

Dans le développement d'une pathologie de long terme interviennent:

- des troubles dépressifs et des changements d'humeur, y compris chez ceux ayant des tendances suicidaires,
- des troubles du sommeil et d'éveil,

- des céphalées (maux de tête),
- des maux de dos,
- le syndrome du canal carpien.

Peuvent également apparaître des problèmes de transit gastro-intestinal (anorexie, constipation, gastralgie), de sexualité (cycles menstruels irréguliers, impuissance), de faiblesse physique, de maladies fréquentes et de déficience visuelle.

Caractéristiques de l'individu souffrant d'une dépendance-Internet :

- un esprit défaitiste lié avec l'insatisfaction chronique de soi-même,
- une faible estime de soi,
- une certaine puérité,
- égocentrisme,
- un manque de responsabilité,
- une faible sociabilité dans la vie quotidienne,
- une préférence pour les services Internet liés à la communication,
- une tendance aux sautes d'humeur.

Traitement de la dépendance-Internet :

- elle ne se limite pas seulement à cette dépendance dans la mesure où elle peut se transformer en d'autres types de dépendances,
- il y a nécessité d'une thérapie individuelle ou de groupe visant à soigner ces comportements de dépendance,
- si nécessaire, la psychopharmacothérapie peut être ajoutée à des effets de la psychothérapie (par exemple, via l'administration d'antidépresseurs de type ISRS).

Psychothérapie de la dépendance-Internet

- L'amélioration de l'auto-évaluation des compétences, un plus grand contrôle de l'impulsion, la stabilisation des relations interpersonnelles, un retour à une adaptation sociale.
- Le retour des centres d'intérêts oubliés du patient, l'élévation d'une spiritualité délaissée par un comportement addictif. Si le retour à un ancien système de valeurs n'est pas envisageable, un nouveau doit être créé.
- Compte tenu de la forte composante somatique de la dépendance-Internet, le traitement doit toujours inclure l'enseignement d'un souci de soi et sa santé physique et mentale.

Les points d'application de la psychothérapie de la dépendance-Internet :

- la faible estime de soi,
- la faible acceptation des frustrations,
- le mauvais contrôle des impulsions.



Youri Zharkov

Le Syndrome de réduction de la vie sexuelle chez les héroïnomanes

En Russie, d'après les données officielles on enregistre 500 000 toxicomanes, et selon les données non officielles 3 à 9 millions.

Les effets nuisibles de l'abus de toxiques se manifestent non seulement par des conséquences psychologiques, des troubles de l'humeur, du sens éthique, mais aussi de l'adaptation sociale. Les principaux troubles du comportement sexuel liés à la dépendance aux opiacés se manifestent par une modifications des réactions sexuelles et par la mise en place de modes de comportements spécifiques dans les relations intimes lors du stade du développement de la dépendance physique. Ainsi, se créent des caractéristiques du comportement sexuel particulières au groupe social des personnes souffrant de toxicomanie.

Quand un homme est sévèrement intoxiqué, ses réactions sexuelles deviennent plus lentes, le rapport sexuel est allongé jusqu'à l'anéjaculation. L'action de l'héroïne sur les réactions sexuelles augmente la durée de l'acte sexuel de plusieurs dizaines de minutes jusqu'à plus d'une heure. L'action somatique de la drogue est fonction de la dose. Les femmes ont moins de facilité à atteindre l'orgasme, le cycle menstruel peut s'arrêter. En général les toxicomanes sont indifférents à ce type de difficultés car ils ne cherchent pas à atteindre l'orgasme du fait que l'état d'ivresse narcotique s'arrête avec sa survenue et qu'alors apparaît le désir de consommer à nouveau de l'héroïne.

Au cours de l'accroissement de la consommation d'héroïne le désir sexuel diminue très rapidement et les hommes ne recherchent plus de relations sexuelles. L'ampleur de la réduction de libido varie, selon l'intensité de l'utilisation des drogues, et le mode de fonctionnement sexuel habituel du patient. Parfois le désir sexuel disparaît tout à fait, alors que dans d'autres cas la réduction en est moindre. L'intensité de la vie sexuelle de l'addict peut varier de l'abstinence totale, à un taux plus normal, selon le besoin de remplir des rôles matrimoniaux ou sociaux.

Psychiatre sexologue,
Centre National de toxicologie, département de désintoxication de
Moscou – apsteeam@gmail.com

La recherche des caractéristiques sexologiques des utilisateurs de drogues montre que les groupes d'utilisateurs ont un taux élevé d'HIV, de prostitution, d'agression sexuelle et de MST.

Le but de ce travail a été de développer un questionnaire basé sur des séquences à connotation sémantiques plutôt que de fréquence ou de quantité. L'hypothèse est qu'ainsi on peut mieux dépister les attitudes positives ou négatives liées à l'abus de drogues et utiliser le questionnaire comme interface de communication tant avec les patients qu'avec leur famille.

Aspects cliniques de la réduction de sexualité

Si on observe chez les hommes, le rythme de l'activité sexuelle en comparaison avec celui de la prise d'héroïne on voit que le plus souvent, il y a apparition d'une chute du rythme de l'activité sexuelle parallèle à l'augmentation du rythme de la prise d'héroïne. C'est une période critique pour les couples qui vont habituellement se séparer dans le cas où la femme n'est pas consommatrice.

Exemples de 6 cas cliniques :

- Dans un premier exemple, après trois ou quatre ans de consommation systématique, un patient n'a plus aucune vie sexuelle, laquelle est remplacée par une consommation intensive de drogue. Le mot « remplacé », fait référence au fait que le patient ne cherche plus à atteindre le plaisir que par la consommation d'héroïne. L'expérience subjective liée à l'action de l'héroïne est alors perçue par ce type de patient de façon extrêmement positive; ils considèrent que le plaisir procuré par les injections est supérieur à celui de l'orgasme dû à l'acte sexuel.
- Un second exemple est celui du parcours d'un toxicomane qui se sevré puis rechute. Au départ de l'étude, il existe une baisse de la sexualité alors que la consommation d'héroïne a commencé. Au cours du sevrage, le rythme de la vie sexuelle se rétablit, mais la reprise de la consommation mène à nouveau à la baisse du rythme de la vie sexuelle.

- Dans un troisième cas, après le début de la narcotisation, on observe un arrêt total de la vie sexuelle, et le patient a des périodes prolongées d'abstinence.
- Dans le quatrième cas, le patient a déclaré avoir eu des épisodes isolés de masturbation en période d'arrêt de consommation d'héroïne.
- Dans un cinquième cas, il n'y a plus de vie sexuelle dès qu'il y a consommation d'héroïne.
- Et dans un sixième cas, le patient n'avait eu aucune expérience sexuelle avant la prise d'héroïne.

« Concurrence » sexualité-addiction Auto-élimination sociale

L'analyse du comportement des patients héroïnomanes, montre qu'ils sont dans une situation de relation concurrentielle entre leur sexualité et leur recherche du plaisir, cette concurrence entre la sexualité et la dépendance les conduit à une auto-élimination sociale.

Le schéma 1 illustre le déroulement du processus ; au départ la première prise d'héroïne accompagne le passage à l'acte sexuel parce que pour les jeunes gens, la consommation d'héroïne au sein d'un groupe leur permet d'avoir des relations sexuelles avec les jeunes filles en libérant leur comportement par rapport à ceux qui ne consomment pas de substances. Chez les filles, la première prise est habituellement liée au sentiment amoureux pour un garçon, généralement plus âgé et qui consomme de l'héroïne. Ainsi, la première prise a lieu dans un cadre de relations érotico-amoureuses (1). Très rapidement, soit après quelques injections, la connotation positive de la consommation s'amplifie, et on assiste à une désactualisation du désir sexuel qui favorise la narcotisation. (4)

Les pensées amoureuses, érotiques et sexuelles se simplifient et il se forme des couples consommateurs d'héroïne.(3)

Les couples formés avant la narcotisation du partenaire se séparent dans le cas où la femme n'est pas consommatrice, et chez les femmes dépendantes à l'héroïne, la prostitution dans le but de se procurer une dose est fréquente. (5)

Tout ceci favorise la consommation d'héroïne (6). Les patients meurent d'overdose, de traumatisme, de contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C. Les couples, chez lesquels les deux partenaires sont consommateurs, n'ont généralement pas d'enfants et ne se perpétuent pas par la reproduction. Tout ceci mène à l'autoélimination de la population de ce groupe social (9).

Les relations basées sur des motivations platoniques, érotiques, sexuelles et reproductives sont annihilées (8).

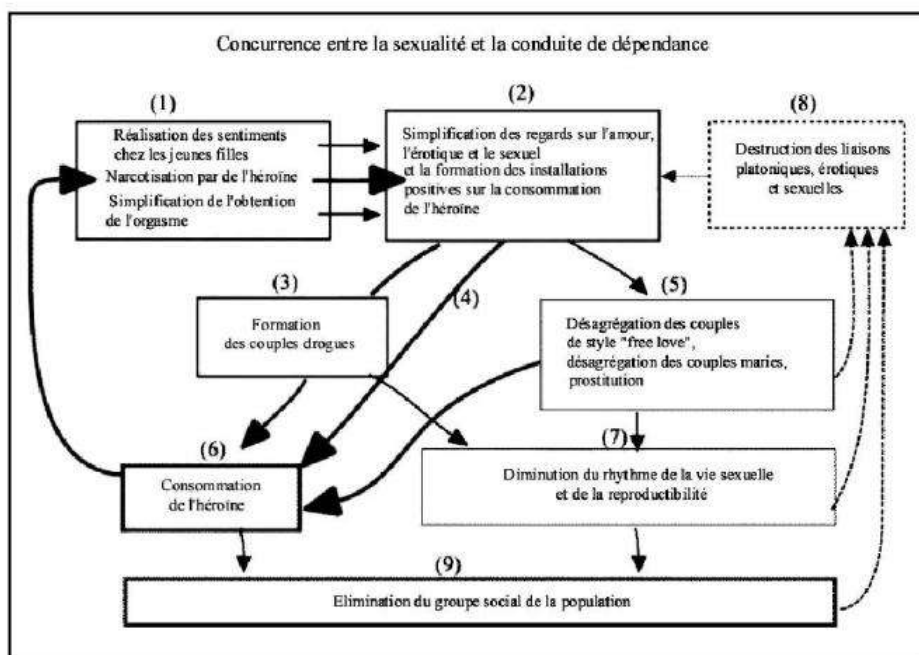
Il nous faut donc reconnaître que lorsque il y a une relation concurrentielle entre motivations sexuelles et motivations liées à la dépendance à l'héroïne, c'est la sexualité qui perd.

Le syndrome de réduction de la sexualité chez les héroïnomanes

On observe que dans la grande majorité des cas, les patients ont eu ne fut-ce qu'une fois (en général au début de la narcotisation), des relations sexuelles alors qu'ils se trouvaient sous l'emprise de l'héroïne. Autrement dit, le désir sexuel est lié au « penchant » pour l'héroïne - le malade a consommé de l'héroïne, et ce n'est qu'ensuite qu'il a eu des relations sexuelles.

Ce phénomène a été désigné comme premier symptôme de *la subordination pathologique libidinale au domaine sexuel*.

Les phénomènes de *baisse du désir sexuel et de chute du rythme de la vie sexuelle* mentionnés plus haut, sont un deuxième symptôme également observé chez la totalité des patients.



Enfin, on voit qu'il existe de claires divergences de l'appréciation par les patients de leurs problèmes personnels au cours de l'acte sexuel après consommation d'héroïne ainsi que des faits négatifs de leur vie intime. Alors que le couple que ces patients formaient avec une partenaire importante a été détruit, que le rythme de leur vie sexuelle a diminué jusqu'à l'abstinence totale, qu'ils ont été contaminés par des virus, les patients ont continué à consommer de l'héroïne. Ces patients ont une appréciation positive de leurs relations sexuelles en état d'intoxication à l'héroïne, et restent neutres ou indifférents face aux faits négatifs de leur vie intime. Ce phénomène a été désigné comme un *trouble du sens critique*, qui est le troisième symptôme.

Ces trois symptômes caractérisent la vie sexuelle des héroïnomanes et ont une nature commune: ils sont conditionnés par la narcotisation.

Hypothèses et application pratique liés au syndrome de réduction de la vie sexuelle.

On peut fonder des hypothèses sur le fait que ;

- l'héroïnomanie se développe sur la base d'une prédisposition génétique, par la consommation régulière d'héroïne,
- que l'entourage micro-social proche du sujet a une vision positive de la narcotisation.

Nous pouvons supposer cette prédisposition dans le fait que le sujet, avant même d'avoir eu sa première consommation, avait au départ une faible disposition à ressentir du plaisir par des comportements dont les motivations étaient d'ordre amoureux, érotique ou sexuel, ou que le spectre des expériences agréables potentielles était étroit. Les données scientifiques à ce sujet manquent.

On peut trouver une application pratique à la connaissance du syndrome de réduction de la sexualité chez les héroïnomanes lors du travail psychothérapeutique avec les patients et leurs proches ; cela peut aider à développer un contact avec le patient et à soutenir les relations thérapeutiques avec la famille. Ainsi, lorsque le patient a arrêté la consommation d'héroïne et que les phénomènes liés au sevrage sont terminés, on peut entreprendre un suivi de la sexualité.

Ceci n'est malheureusement pas toujours réalisable, en partie parce que les patients se démarquent par une motivation extrêmement faible au traitement, et en partie parce que les médecins comme les psychologues portent peu d'attention à la question de la réhabilitation de la vie sexuelle de ces patients. Dans tous les centres de réhabilitation sans exception, les programmes interdisent aux patients d'avoir une sexualité et prévoient des sanctions qui vont jusqu'à l'exclusion alors qu'il ne fait aucun doute qu'il faut créer un programme spécialisé d'éducation des patients, ainsi que des séances de psychothérapie individuelle, de couple et de groupe sur tous ces domaines.

Enquête effectuée sur le trouble du sens critique

Quelques mots au sujet de la différenciation du troisième symptôme de réduction ; le trouble du sens critique. C'est précisément ce phénomène qui est intéressant pour les psychiatres, parce que notre diagnostic se fait en apprenant au contact du patient son point de vue, ses principes, ses orientations. C'est pour cela que nous avons souhaité en apprendre plus à ce sujet. Nous verrons plus loin l'approche générale de la recherche que nous avons faite, plus que l'analyse des données, parce que le nombre des cas observés n'est encore pas assez important

Nous avons spécialement réalisé une enquête et l'avons proposée aux patients de notre clinique et à leurs proches et personnel soignant. La méthodologie qui a servi à la réalisation de ce sondage pour les recherches en sexologie a été publiée dans la revue « Sexologies » (Zharkov Y., 2005).

Approche générale utilisée pour la réalisation du sondage

L'approche généralement utilisée en psychologie et en sociologie pour le paramétrage des réponses, utilise les variantes de choix « jamais », « rarement », « souvent », etc.

Nous avons utilisé une autre approche en utilisant les compositions sémantiques. Ceci permet l'analyse de la réaction du sondé au sondage en tant que variante d'un contact interpersonnel, avec un contenu cognitif, une composante émotionnelle, ainsi qu'une dimension de projection vers l'avenir (ou vers l'expérience passée).

Composition sémantique

On a utilisé la théorie d'Éric Berne sur la structure de la personnalité et de la communication, ainsi que les catégories Parent, Adulte, Enfant. (Zharkov Y., 2005) pour trouver un contenu concret à cette forme originale de communication.

Comme on a établi que la sexualité et les comportements d'addiction se trouvent en situation de concurrence, on a confronté la perception de la sexualité et celle de la relation à la consommation de substances.

Structure des catégories du sondage

La liste des catégories sexuelles est tirée du document fondateur de l'Association Internationale pour la Santé Sexuelle (WAS¹), et pour les catégories liées à la toxicomanie, la triade classique de la dépendance a été utilisée : présence de désir pathologique, syndrome d'abstinence, trouble du sens critique envers la maladie.

Le questionnaire se compose de six pages, sur chacune desquelles se trouvent trois ou quatre compositions sémantiques, soit vingt et une en tout.

1. WAS : World Association for Sexual Health : www.worldsexology.org



Les objectifs de la recherche ont été organisés selon trois axes :

- déterminer la faisabilité du questionnaire, sa valeur de « test », c'est-à-dire déterminer si les compositions sémantiques élaborées permettent de différencier l'ensemble des sondés;
- dénombrer et estimer les caractéristiques fréquentielles pour les deux positions les plus répandues, représentées dans toutes les compositions sémantiques ; « incompréhension du contenu » et « appréciation négative de la recherche »;
- dénombrer les caractéristiques fréquentielles pour toutes les compositions sémantiques et faire ressortir les opinions les plus répandues dans le but de réaliser un « portrait de genre » du groupe social et un portrait « toxicologique » - selon les particularités de la relation à la consommation d'héroïne aussi bien que d'alcool.

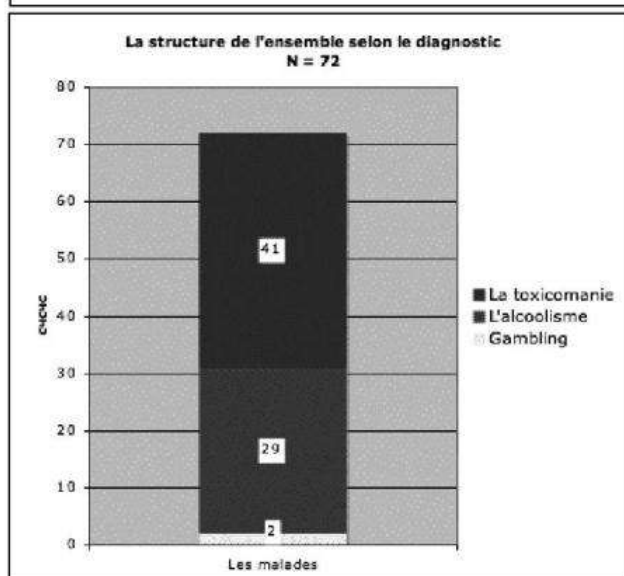
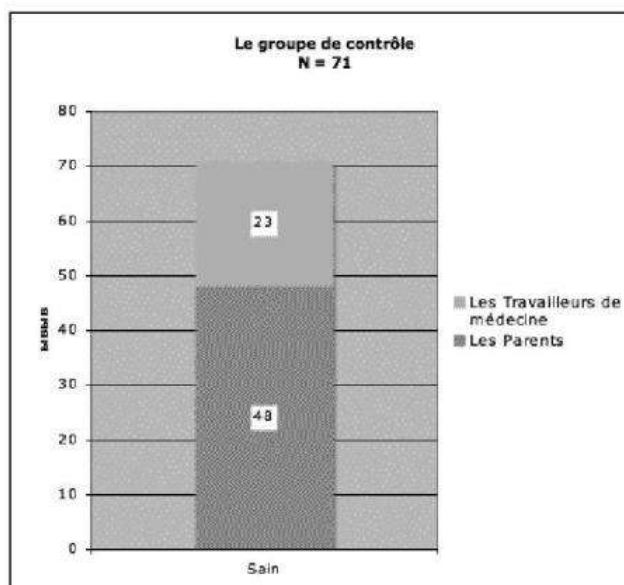
Structure du groupe des sondés

Il se compose de patients héroïnomanes, alcooliques et dépendants au jeu, et, de leurs parents et du personnel médical (qui jouent le rôle de groupe de contrôle).

On a interrogé 143 personnes vivant dans Moscou et sa banlieue; 76 hommes et 67 femmes. 72 toxicomanes et un groupe contrôle de 71 personnes : 23 professionnels de la santé et 48 parents de toxicomanes.

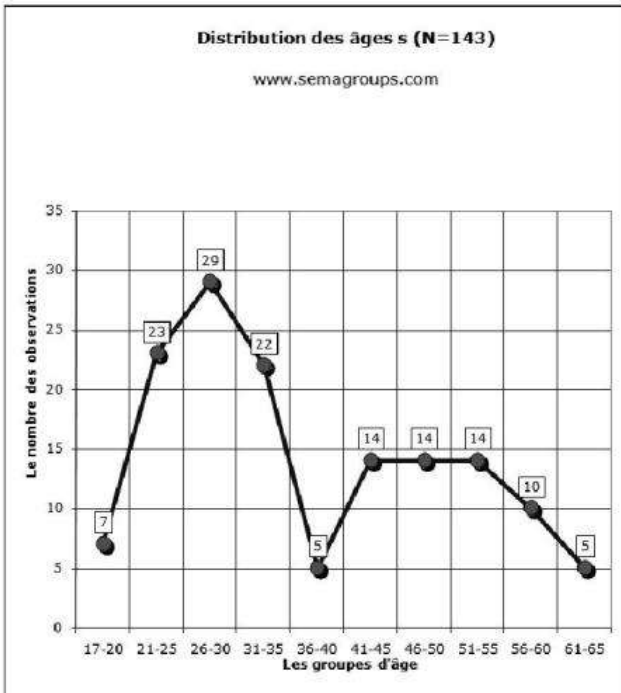
Les patients ne travaillent pas et sont à la charge de leurs parents. Plusieurs ont des problèmes avec la loi.

La durée de leur addiction est de plus de 10 ans (injections quotidiennes de 1 à 5 gr). En dehors de l'héroïne les autres drogues utilisées sont la marijuana et les amphétamines



Répartition des sondés par âge

L'ensemble des sondés se divise en deux groupes d'âge : les patients et leurs parents.



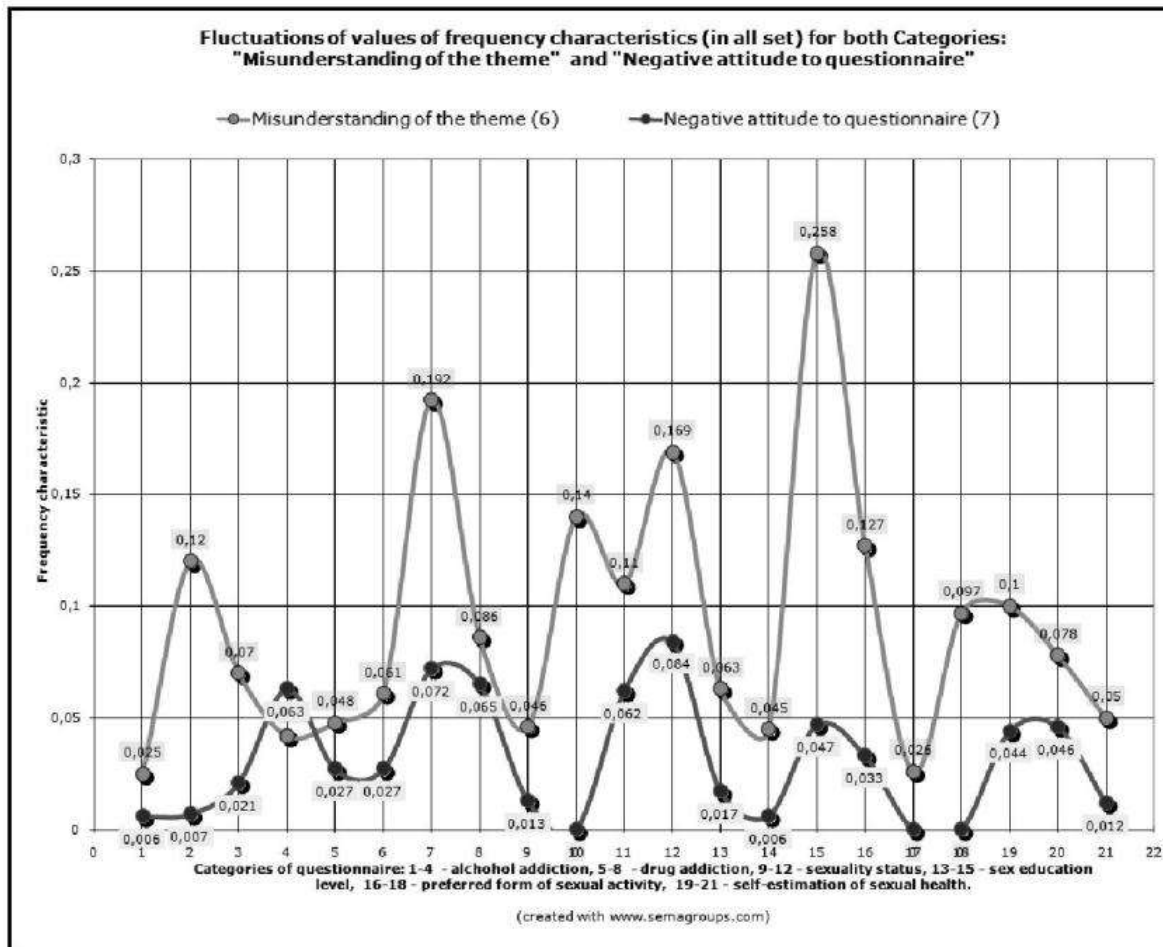
Caractéristiques fréquentielles des compositions sémantiques « incompréhension du contenu » et « appréciation négative du sondage de pensées »

On a retrouvé que les caractéristiques fréquentielles de l'appréciation négative du questionnaire (ligne rouge), pour toutes les compositions sémantiques a été minime, c'est-à-dire que lors de l'interprétation des résultats, l'appréciation négative peut être négligée.

La caractéristique fréquentielle significative de l'« incompréhension du contenu » (ligne bleue), entre dans la sous-catégorie de connaissance des « droits sexuels de l'homme¹ ». Il semble évident que les sondés ne sont pas suffisamment informés à ce sujet.

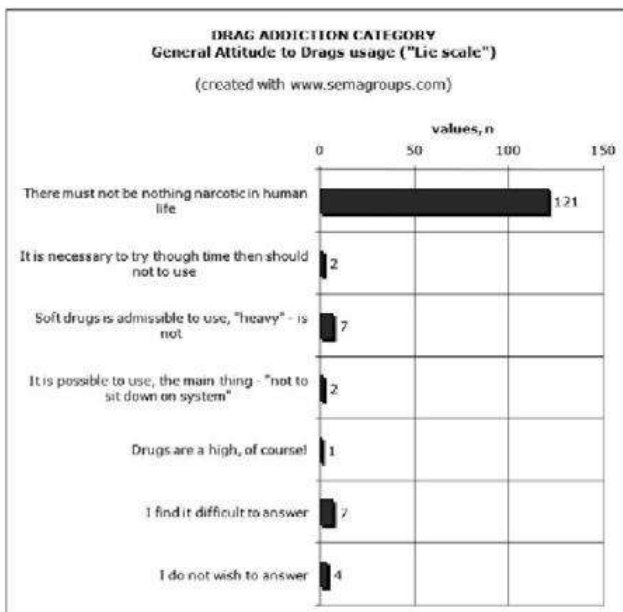
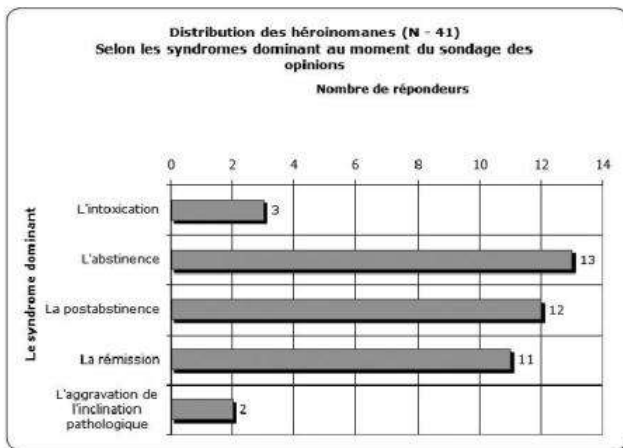
Quelques exemples du mode opératoire du questionnaire :

- on peut articuler : répartition normale des opinions – catégorie « Alcoolisme », sous-catégorie « critique de la maladie ».
- Aussi : répartition indifférente des opinions – catégorie « Facteurs de la santé sexuelle », sous-catégorie « intensité du désir sexuel ».
- Domination d'une opinion dans la catégorie « Toxicomanie », « relation générale à la consommation de drogue ».



La ligne rouge est celle du dessous.

- On peut faire un tableau qui regroupe les catégories et sous-catégories du questionnaire, les compositions sémantiques et les caractéristiques fréquentielles qui leur correspondent dans le but de choisir les opinions les plus significatives. Sur la base des catégories et sous-catégories les plus répandues on a réalisé un « portrait de genre » et un « portrait toxicologique ».
- Dans un exemple de répartition des opinions par groupe de sondés, nous voyons que les patients ont une appréciation positive de la sexualité – la structure « Parent » n’y figure pas du tout : la conscience du groupe social ne comporte pas de normes qui limitent les comportements, contrairement aux autres catégories de sondés.



Au total

Le Syndrome de Réduction de la Sexualité peut être diagnostiqué par quelques actes simples. Le phénomène de subordination de la libido au désir pathologique toxicomaniaque peut se révéler par des signes anamnestiques.

Pour le diagnostic du syndrome de baisse du désir sexuel et de chute du rythme de la vie sexuelle, l'échelle classique du rythme de la sexualité, proposée par G. S. Vasilchenko (Vassiltchenko ., 1977): a été utilisée.

Les interviews ont permis de relever des troubles du sens critique vis a vis de la sexualité et de l'utilisation de drogues, et l'utilisation du questionnaire aide à structurer la communication avec les patients et à préciser les détails utiles a la compréhension des structures sémantiques. Bien qu'il faille un plus grand nombre de patients avec groupe contrôle pour analyser les différences d'opinion de ces groupe, le questionnaire utilisé a été clair pour les patients et n'a pas déclenché de réaction négative au sondage. Notre étude montre donc que l'on peut utiliser ce questionnaire pour des études de plus grande envergure.

Références

1. Vassiltchenko G., (1977): *Obschaya Sexopatologia*. Moscow, - «Medicina» :486
2. Zharkov Y. (2001): Heroin addicted patients' sexuality: applied sexology approach. In.: 15th World Congress of Sexology, June 24 – 28, 2001, Paris. Abstracts book. : 254.
3. Zharkov Y.(2002) Sexuality of heroin addicts : applied aspects of studies . Sexologies. European Journal of Medical Sexology: VOL.XI-N39 :33-44
4. Zharkov Y. (2005) Methodology of questionnaires design for intercultural sexological investigations Sexologies. European Journal of Medical Sexology.



Jean-Louis Griguer

Approche phénoménologique du corps

Le corps n'est pas une machine, un bateau dont l'âme serait le pilote même si la tradition philosophique l'a souvent pensé dans le cadre de ce dualisme. Et si l'âme - lieu des sensations, des affections, de l'affectivité, des passions et des pensées - n'était qu'un excès du corps.

L'une des évidences la plus fondamentale paraît être que le corps est *notre corps avec lequel nous sommes nés, nous vivons et nous mourrons.*

C'est sans doute ce qui rend difficile son approche et implique d'emblée les questions métaphysiques qui traversent toute culture.

Avons-nous ou sommes-nous notre corps?

Tel est le premier énoncé de la difficulté puisqu'on admet classiquement que si les grandes questions mobilisent notre corps, ce n'est pas notre corps qui se les pose, mais tout au moins nous en notre humanité, étant entendu que celle-ci ne peut s'identifier purement et simplement au corps.

Et pourtant, on reconnaît aujourd'hui comme allant de soi que sans notre corps, nous ne poserions pas ces mêmes questions.

Dira-t-on, pour autant, que l'interrogation métaphysique procède avant tout de la pensée, que le corps en est une condition nécessaire de *possibilité, mais pas une condition suffisante? Les animaux n'ont-ils pas, eux aussi, un corps, alors même que, manifestement, la pensée ne les inquiète pas? Pourra-t-on en conclure que, par là, les animaux sont leur corps? On voit de la sorte que la question du corps est immédiatement celle du corps de l'être humain, et qu'elle implique la mise en jeu de la différence - autre question métaphysique - entre homme et animal. À son tour, cette interrogation paraît tout aussi intraitable que les autres puisque, s'il paraît impossible de savoir ce que serait l'être avant la *naissance et après la mort, difficile de savoir ce qu'est l'être de la vie*, il paraît tout aussi impossible de savoir intrinsèquement, de l'intérieur, ce qu'est l'être de l'animal. Animaux, nous ne l'avons jamais été ni ne le serons jamais, pas plus que nous n'avons été avant de naître ni ne*

serons après la mort - du moins comme nous sommes ici et maintenant -, et si nous sommes, en effet, dans notre vie et dans un être sexué, nous ne savons précisément jamais très bien pourquoi ni surtout comment nous y sommes. C'est nous qui nous posons la question de notre corps, et non pas un esprit planant quelque part : ce point de départ est irréductible, et c'est depuis notre vie et notre être incarnés en corps que les questions métaphysiques peuvent acquérir un sens concret, légitime.

En ce sens, l'articulation du problème du corps selon les axes de l'être et de l'avoir paraît déjà quelque peu forcée, tiraillée entre un corps positif, mais opaque, que l'on posséderait comme un instrument plus ou moins adapté aux nécessités de l'existence, et un corps insaisissable, quasi transparent, que l'on serait le plus souvent sans s'en apercevoir - l'instrument parfait amenant à la transparence, et la transparence opacifiée par des infirmités ou des souffrances amenant à l'instrument. Cette division de la question en avoir et être laisserait échapper l'essentiel : l'expérience du corps se mouvant entre ces deux pôles.

Toute la question est en effet, dans cette perspective, de savoir qui « a » ou « est » le corps, lequel est dès lors son corps, et pas celui d'un autre.

*Ce « qui », bien entendu, est « nous-mêmes ». Mais qui sommes-nous, nous-mêmes ? Si ce « qui » était le corps lui-même, nous ne pourrions pas parler de notre corps : ce corps que nous serions nous-même ne le serait qu'aveuglément, coupé du pôle de l'avoir. Transparent à soi, il serait invisible pour lui-même, ce qu'il est pour une part puisque le plus souvent il ne se rend pas visible à notre attention, il serait une sorte de lumière dans l'opacité des choses, un organe les ouvrant quasi-chirurgicalement à leur visibilité, et plus généralement à leur sensibilité, mais un organe ne laissant pas d'ombre de lui-même donc en *un sens un corps sans épaisseur. Pour qu'il y ait un corps, par conséquent, il faut aussi le pôle de l'avoir; il ne le faut pas seulement sous la forme de l'infirmité ou de la souffrance, mais plus profondément et de manière moins extrême pour ainsi dire sous forme de traces de son épaisseur dans l'expérience courante - ce n'est pas seulement quand nous souffrons que nous avons un corps. Cette épais-**

seur, lieu du « vivre incarné », n'est pensable dans l'expérience que s'il y a, en quelque sorte, dans le corps, quelque chose qui excède le corps qui tend à s'en échapper, et par rapport à quoi le corps paraîtra toujours plus ou moins limité, d'une manière ou d'une autre. Et c'est dans cet excès, précisément, que viennent se loger les questions métaphysiques dont nous parlions il y a un instant.

Cet excès porte un nom, depuis les grecs, dans notre tradition : psyché, c'est-à-dire l'« âme » - mais on en trouverait aisément des équivalents dans les autres cultures. Que ce soit dans les sensations, les affections, l'affectivité, ou dans les passions et les pensées, il y a toujours plus, en elles, que ce qui en est identifié.

Il nous faut envisager à l'autre pôle de notre interrogation le cas extrême du corps physique. Le cas de l'affection nous montre qu'il existe bien, toute la question étant de savoir comment il existe, un corps qui poursuit inexorablement sa marche vers le vieillissement et la mort.

La pensée a toujours eu horreur du vide et ce n'est sans doute pas un hasard si c'est dans notre époque, époque de la déperdition symbolique, que la phénoménologie a pu prendre son essor, dans un certain style d'interrogation, essentiel à la vie du sens.

Cette vie du sens est notre vie même et elle est, comme Descartes déjà l'avait entrevu, le lieu de notre liberté, liberté de courir et de courir l'aventure du sens en sachant qu'il est du côté du vivre et non du côté du mourir, cette mort dont nous faisons quotidiennement l'épreuve chaque fois que nous pensons ou agissons de manière machinale ou trop sûr de ses certitudes.

Il y a toujours eu, il y'aura toujours, dans toute vie humaine, la contingence irréductible de la mort physique, misérable, souffrante, que nous aurons à subir. Notre corps comme corps souffrant, rebelle et mortel, a toujours été, et sera toujours lié à la cruelle énigme la mort.

Mais d'abord arrêtons - nous aux seuls mots, sources de premières difficultés. Ce substantif *le corps* vient du latin *corpus*, *corporis*, d'où la famille : corpulence, incorporer. Ce *corpus* lui-même désignait le corps mort, le cadavre, la charogne même par opposition à l'âme (*anima*). Et ce *corpus* élargissait un ancien indo-iranien « kir » qui indiquait la forme.

Le grec usait de deux termes : le *soma*, pour le corps mort, lui aussi et le *demas* (le vivant).

Il s'ensuit déjà une série de conséquences :

- a) d'abord nous ne pouvons pas justifier l'existence de plusieurs mots primitifs (*corpus*, *soma*)
- b) dans le vocabulaire le plus ancien (le gréco-latin), s'amorce la séparation qui traversera les siècles et les cultures entre le matériel et le mental.
- c) il en résulte assez que la note matérielle l'emporte : le *corpus* vaut pour le solide ce qui est sensible.
- d) comme tout corps se compose de plusieurs éléments qu'il fédère
- e) un proche, la chair

Le *sarx* grec implique le Keiro du fait qu'on partageait la viande des bêtes aussi bien dans les sacrifices que dans les repas en commun.



La philosophie l'a longtemps délaissé. La pensée religieuse lui a prêté son concours : le corps, source de plaisir et de péché, y était tenu alors en suspicion. Le philosophe lui a toujours opposé l'esprit. Il lui préfère les états de conscience. Pour lui, il lui semble plus aisé de se connaître que le corps. Il ne rompt pas facilement avec le mentalisme. Il abandonne volontiers le corps aux anthropologues, aux ethnologues, voire aux médecins, ou pis encore, mais afin de le diminuer un peu plus aux anatomistes.

Les premières théories du corps apparaissent chez les philosophes grecs : le corps se situe justement au cœur de leurs systèmes aussi bien *Platon* qui a tenu à nous mettre en garde contre lui, parce que ténébreux et souvent indomptable, rempli de penchants violents et incurcibles, qu'*Aristote* qui n'a pas à se déprendre de la théorie dualiste; pour lui l'âme et le corps ne se distinguent plus; pour *Aristote*, la réalité du corps animé est une réalité composée de matière et de forme, elle l'est tout ensemble.

Le corps animé n'est pas lui-même vie ou parce que précisément il la possède. Et s'il la possède ce n'est pas en tant que sujet parce que précisément il est corps animé, c'est comme un tout matériel. Le corps physique n'est pas un corps inanimé qui viendrait à être habité par le corps animé, mais il est lui-même corps animé, *Aristote* coupe court à tout dualisme métaphysique de l'âme et du corps. Le partage entre le corps et ce qui l'excède ne passe plus comme chez *Platon*, entre un corps de terre, mortel, et une âme immortelle qui l'habite, mais entre l'être en puissance de la vie dans le corps physique animé et son être en entéléchie, du fait que la réalité formelle du corps n'est rien d'autre que l'être. L'âme est donc d'une certaine manière la vie même. Le corps vivant physique, organique s'accomplit donc dans l'âme (*Aristote* est au plus près de cet excès du corps). Plus moderne avec sa méthode et le dualisme cartésien, renaissant sans cesse de ses cendres, il va de pair avec l'institution de la science moderne objective, dont *Descartes* a été un des artisans.

C'est dans un champ beaucoup plus mesuré que s'est élaborée, en notre siècle, la pensée du corps : il serait difficile de présenter le problème phénoménologique du corps dans sa globalité, pensé par *Husserl*, *Binswanger*, *Merleau-Ponty*, *Heidegger*, *Sartre*, *Levinas*. Et c'est la *phénoménologie* qui sera notre référence dans notre réflexion.

Le corps phénoménologique comme corps vécu, ou vivre incarné, fait partie intégrante de l'excès du vivre sur le vécu : il y a toujours plus en lui que ce que spontanément, depuis les mots et les structures de la langue, nous y reconnaissons. Il joue un rôle-clé dans la rencontre interhumaine, dite intersubjective, et c'est même là qu'il se révèle le plus comme un

être de sens et de langage, par delà les énoncés linguistiques que je puis proférer ou entendre d'autrui. Cela ne signifie pas du tout que *le corps phénoménologique soit transparent à la conscience, mais, ou au contraire, que, faisant partie intégrante de l'excès du vivre sur le vécu, il ne porte le sens qu'en tant qu'il le porte, lui aussi, comme son énigme, sans en être le fondement contrairement à ce que, d'une certaine façon, Nietzsche semble avoir donné à penser.*

Autrement dit, il y a une obscurité propre au corps phénoménologique, une sorte de halo d'indétermination qui fait que le vivre dans un corps et le vivre d'un corps demeurant à jamais comme questions, et comme questions qui ne sont pas dissociables des autres questions, qui se posent à nous, par exemple celle du mourir, ou celle de la vie de la pensée.

En parlant dans l'Oeil et l'esprit de ce corps actuel que j'appelle mien, Merleau-Ponty désigne l'instance sans laquelle ne se manifesterait pas un monde de la vie - monde sensible et monde ouvert - préalable à la pensée scientifique. En parlant, dans la Méditation sixième, de ce corps que par un certain droit particulier j'appelais mien, Descartes prend la mesure d'une expérience interne selon laquelle mon corps apparaît comme inséparable de mon être.

Chez *Merleau-Ponty*, sa recherche, et chez *Descartes*, c'est un état de jugement qui doit être évalué en tenant compte du doute et à la lumière de la véracité divine, l'union de l'être et du corps

L'étude de Merleau-Ponty retient sur trois points notre attention :

- l'attention que porte cette recherche à la *physiologie* soutient l'idée selon laquelle c'est dans son fonctionnement que le corps est institué comme et ce sera qui sent et perçoit
- qu'il soit envisagé du côté de la réalité organique ou du côté de l'expérience perceptive, le corps est à la fois *ouverture* à une généralité précédant toute constitution d'un Moi personnel
- mais la *reconnaissance* de ce pouvoir du corps ne signifie pas l'affirmation d'un principe subjectif, capable de constituer le monde et les choses.

Le corps physique objectif avec un ensemble d'organes apparaît comme un dispositif organique extrêmement complexe.

Le monde moderne va jusqu'à verser dans un marché où les corps s'échangent et se vendent. Si nul n'ignore ni ne conteste le respect du caractère intouchable et propre du corps, on ne saurait empêcher de l'embaumer ou de le revivifier.

La société le protège et l'exploite en même temps.



Patricia Princet

L'hypnose, une logique de communication ?

Ce sont à P. WATZLAWICK, J. HELMICK BEAVIN et D.D JACKSON¹ que nous devons l'élaboration de la théorie de la communication définie à partir des travaux de G. BASTESON² et décrite dans l'ouvrage « Une Logique de communication ». Lorsqu'on associe l'hypnose à la communication, la première réflexion qui nous vient à l'esprit est de savoir si l'hypnose rentre dans cette logique de communication et de quelle façon : théorique ou pratique ou les deux. C'est pourquoi nous avons eu envie de confronter l'hypnose à la théorie de la communication et de voir si elle répond aux cinq axiomes proposés par WATZLAWICK et ses collaborateurs et s'ils sont utilisables dans la relation humaine.

Premier axiome

Il est impossible de ne pas communiquer.

Est-il de la même façon impossible de ne pas être en état de conscience modifiée ? L'observation de la vie courante répond à cette question. Lorsque l'on est concentré sur un livre par exemple, on peut devenir totalement insensible aux stimuli du monde extérieur. Il s'agit, certes, d'un état superficiel de conscience modifiée et le retour à un état normal se fait rapidement, mais déjà tout individu semble avoir les capacités à moduler son propre état de conscience.

De même, lorsque l'on explique au patient ce que c'est qu'un état hypnotique, on parle de cet état intermédiaire entre la veille et le sommeil, état par lequel on passe normalement chaque soir, avant de s'endormir et qui dure fort peu. Ce terme « normalement » renforce le caractère de vécu universel de l'état hypnotique. L'hypnose permet de prolonger cet état. D'ailleurs, bien souvent le patient, à l'issue d'une séance, a comme première remarque : « c'est comme si je dormais ». On peut même dire que l'hypnose ressemble à un état dans lequel on rêve et que l'on sait l'on rêve. Cette expérience est vécue par toute à chacun.

Psychiatre des Hôpitaux
CHS Fains Veel, 55000 Fains, France.

1. Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D., Une Logique de communication, Seuil, Paris, 1972.

2. Bateson G., Vers une écologie de l'esprit, Tome 1 et 2, Seuil, Paris 1977 et 1981.

Dans la pratique clinique, il est clairement établi que seul environ 5 % de la population n'est « pas hypnotisable » pour des raisons plus de pathologie (troubles sensoriels profonds, déficience mentale profonde, psychose grave) que de normalité. Dans un contexte thérapeutique, c'est-à-dire lorsqu'une demande existe, la thérapeute se doit de commencer son travail en s'estimant capable d'hypnotiser la personne qui en face de lui. Cela signifie qu'il paraît tout à fait possible dans ces conditions, d'hypnotiser tout le monde ou plus exactement tous les patients.

Enfin, si l'on prend cet axiome dans le sens que même ne rien dire c'est déjà communiquer une opposition, refuser une suggestion peut cacher une hypersuggestibilité dont on est conscient et que l'on craint. Ce refus peut être aussi le témoin d'une résistance au changement, d'une crainte d'abandonner un certain contrôle. La thérapeute devra alors travailler avec ces résistances afin de permettre au patient d'entrer dans un processus hypnotique.

Deuxième axiome

Toute communication présente deux aspects : le contenu de la relation, tels que le deuxième englobe le premier et, par la suite, est une métacommunication (c'est-à-dire une communication sur la communication).

Dans la pratique de l'hypnose quel qu'en soit le but, on retrouve ces deux aspects : le contenu c'est-à-dire tout ce qui est de l'ordre de la technique (induction, déroulement de la transe, suggestions post-hypnotiques, réveil) et la relation entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. A ce sujet WATZLAWICK précise que « plus une relation est saine et spontanée et plus l'aspect relation de la communication passe à l'arrière plan. Inversement des relations malades se caractérisent par un débat incessant sur la nature de relation et le contenu de la communication finit par perdre toute importance³ ». Il convient alors de présenter l'hypnose plus comme une technique qu'un travail relationnel comme le proposent d'autres types de psychothérapie. En cela, l'hypnose est différente. Prise comme technique l'hypnose

3. Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D., Une Logique de communication, op. cit.



est donc facilement transmissible parce que aisée et reproductible. L'application pratique se trouve dans l'autohypnose qui permet de consolider et de prolonger les effets d'un traitement symptomatique. La métacommunication fait aussi partie d'une séance d'hypnose puisque généralement, après l'expérience de la transe, on interroge le sujet sur son vécu. Cette métacommunication a même un rôle thérapeutique. En effet, elle permet l'expression d'un vécu qui fait souvent défaut au sujet. C'est parce qu'il ne peut exprimer son vécu qu'un patient s'exprime à travers un symptôme. Lui apprendre à s'exprimer aide la résolution symptomatologique. Puisque, lorsque l'on va plus loin, en particulier lors de la pratique d'hypnothérapie, voir d'hypno-analyse, la métacommunication peut aider à l'expression des blocages, de la souffrance psychologique et même de l'inconscient. Cet accès à la métacommunication a un intérêt à un autre niveau : aider à la communication avec autrui, en particulier le conjoint, la famille qui est souvent l'objet de doléances : « je n'arrive pas à parler et j'en souffre » ; voilà ce que nous disent nos patients en premier et ce qu'ils attendent de nous, thérapeute, les aider à pouvoir exprimer leurs souffrances pour mieux les affronter. En cela, ils n'ont pas tort ; mettre des mots sur une problématique permet en partie sa résolution du fait d'un premier travail de mise à distance. Dans ce cas, l'action thérapeutique ne se situera qu'au niveau de difficultés circonstancielles sans remettre en question la substance même de la personnalité, démarche qui souvent effraie les patients. On voudrait bien rencontrer un psychothérapeute, mais la pensée d'être obligé de se dévoiler entièrement fait peur. L'hypnose, par cette technique de métacommunication, permet de préserver la pudeur de certains patients. De toute façon, au cours de l'évolution de la qualité de la relation, les choses qui doivent être dites le seront.

Troisième axiome

La nature de la relation dépend de la ponctuation et des séquences de communication entre les partenaires. Il est sûr que, selon la finalité d'une séance d'hypnose (thérapie, groupe, expérimentation etc.), l'hypnotiseur modu-

lera sa pratique. Les séances seront de durée variable ; leur déroulement dépendra de la finalité à atteindre.

Cet axiome fait aussi intervenir une autre propriété fondamentale de la communication, à savoir l'interaction ou échanges de messages entre les partenaires. Pour l'observateur extérieur, une série de communication peut être considérée comme une expérience interrompue d'échanges. En fait, il existe une ponctuation entre les séquences de communication qui structure les comportements. Le processus hypnotique est aussi la résultante d'un ensemble d'interactions. En effet, la thérapeute peut proposer par fois sans lien apparent des éléments subjectifs au patient qu'il va considérer comme objectifs, c'est-à-dire provenant immédiatement de ses sens, de ses muscles, de son corps. Par exemple on peut induire des sensations de froid ou de chaud qui seront ressenties très nettement par le patient. De la même manière, on peut induire un état de conscience modifiée en utilisant des techniques de confusion, c'est-à-dire que l'on apporte au sujet une succession de suggestions sans lien apparent créant alors la confusion. Il n'y a alors pas de ponctuation entre les différentes séquences de communication et c'est cette absence de ponctuation qui permet d'obtenir la confusion.

Quatrième axiome

Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique. Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode, mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. Par contre le langage analogique possède bien la sémantique, mais non la syntaxe appropriée à une définition non équivoque de la nature des relations.

Ces deux canaux sont présents à chaque étape d'une séance d'hypnose depuis l'induction qui peut utiliser aussi bien une méthode verbale souvent la plus courante qu'une méthode non verbale (position du corps par exemple) ; et même, on se sert des deux canaux pour procéder à une induction conduisant à une transe profonde. Donc, dans la pratique, l'hypnose répond aussi à cet axiome.

D'un point de vu de la théorie, lorsque l'on rapproche les

réflexions de WATZLAWICK⁴ concernant cet axiome, on observe une concordance entre ces deux modes de communication et l'hypnose. En effet, l'hypnose peut être analogique lorsqu'elle a un rapport direct avec ce qu'elle présente. Par exemple, dans les tests de suggestibilité, comme le test de lévitation d'un bras, lorsque l'on demande au sujet de lever un bras, il le lève. C'est ce mouvement qui est le témoin du processus d'hypnose. Les mots correspondent à l'action. Ce type d'hypnose analogique se retrouve dans l'hypnose animale. En plaçant un animal dans une position inhabituelle, on observe des phénomènes comparables à l'hypnose (exemple de la poule). On utilise l'hypnose comme un processus régressif qui peut être provoqué par des moyens physiques. Cette hypnose réduit les échanges sensori-moteurs et émotionnels avec l'environnement. L'hypnose est aussi digitale. En utilisant les mots ; ce qui lui donne toute sa richesse, sa complexité et sa souplesse. On peut comparer l'hypnose, comme le dit WATZLAWICK⁵ à propos de la communication, à « un ordinateur digital ». Ce n'est pas seulement « une machine arithmétique » mais une « machine logique ». En cela l'hypnose ne répond pas à la fameuse loi « du tout ou rien ».

Cinquième axiome

Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. On serait enclin à classer la relation hypnotique dans la différence mais l'échange est-il alors complémentaire ? L'hypnotiseur a-t-il absolument besoin de l'hypnotisé et vice versa, pour établir une communication ? L'autohypnose sentirait-elle du cadre de la définition de l'hypnose comme communication ? Pour répondre à ces interrogations, il convient peut-être de repenser autohypnose comme une technique visant à reproduire un état de conscience modifiée déjà vécu lors d'une séance avec un hypnothérapeute. L'autohypnose n'est donc pas un moyen de communication avec autrui mais peut-être avec soi-même. S'agit-il alors d'une communication symétrique en miroir ou bien d'une communication complémentaire où il y a presque une dissociation de la personne avec une partie soi-même pre-

nant une position haute et une autre une position basse, la première permettant à la deuxième d'accéder à un état de conscience modifiée ?

On peut encore dire que l'hypnose prise comme échange peut-être à la fois symétrique et complémentaire. Dans l'hypnose interaction symétrique, il y a égalité et minimisation de la différence ; on retrouve cela dans les phénomènes d'hypnose de groupe. L'hypnose complémentaire est plus fréquente et thérapeutique. L'hypnothérapeute à alors une position haute et le sujet une position basse. Mais ce type de relation pourrait même être qualifié de métacomplémentaire car le sujet acceptant de dépendre du thérapeute ne prend-il pas alors une position haute où il demande au thérapeute de l'hypnotiser ?

Au total

A partir de ces cinq axiomes, on peut définir une technique de communication reposant sur différents concepts comme les domaines de communication que sont la syntaxe, la sémantique et la pragmatique, la notion de relation, l'information et la notion de rétroaction, la redondance, la circularité des modèles de communication, la relativité du normal et de pathologique.

Cette technique dispose d'outils qui ne sont pas scientifiques à l'hypnose mais qui peuvent être utilisés lors de la communication hypnotique. On retrouvera ces outils comme la métaphore, le double lien, le travail avec la négation, le questionnement, la connotation positive, le choix illusoire, etc., lors des séances d'hypnothérapie. Ceci est d'ailleurs à la base des techniques ericksoniennes décrites par J.-A. MALAREWICK⁶ mais on retrouve ce même souci de communication chez CHERTOK⁷ lorsqu'il dit, parlant de la transe : « Durant cet état, le sujet restera en, communication avec le médecin ».

En conclusion, il apparaît que l'hypnose répond aux axiomes de la théorie de la communication. De ceci découlent deux réflexions : la première est qu'au niveau théorique le rapprochement avec la théorie de la communication permet de donner à l'hypnose certaines explications. La deuxième est que la pratique se trouve guidée par la théorie.

4. Ibid.

5. Ibid.

6. Malarewick J.A, Cours d'Hypnose clinique, ESF, Paris, 1990.

7. Chertok L, L'Hypnose, Payot, Paris 1989.



Vladimir Esaulov, le conférencier

Auteurs* : Elena Timochenko,
Mikail Gordeev, Vladimir Esaulov

L'hypnose non directionnelle (Ericksonienne)

L'hypnose ericksonienne non directive est une des techniques les plus efficaces de la psychothérapie contemporaine. La base de cette méthode est d'utiliser les ressources de transe (voyage à un lieu de ressourcement, exhumation de bons souvenirs, visualisation d'un centre de guérison, etc.) La transe est utilisée avec des objectifs de revitalisation du psyché, de mise en lumière d'aspects positifs de la personnalité et de diminution de tension, d'anxiété et de dépendance à travers la formation à des compétences d'auto-hypnose, d'autorégulation et d'harmonisation des processus de décision et de relaxation.

En Russie, les deux modèles de base de l'hypnose moderne non-directionnelle sont:

- 1, le modèle français de la «nouvelle hypnose» (Jean Becchio, Charles Joussellin)
2. le modèle américain d'hypnose non-directionnelle de Milton Erickson.

L'hypnose et les accidents vasculaires cérébraux

L'hypnothérapie peut être utilisée à partir des premières minutes de traitement dans la clinique neurologique chez les patients atteints d'accident vasculaire cérébral. Après un temps, le cerveau continue de percevoir l'information ; des réactions émotionnelles existent y compris dans un état de coma. Dans le département de réanimation, il est important de faire appel à l'humain, au personnel et à l'expérience individuelle.

Pendant la poursuite de l'opération, il est important d'activer les zones du cerveau adéquates. Il existe des preuves de revitalisation des neurones du cerveau (neurogenèse)

* Équipe du professeur Esaulov

Hypnose indirecte dans les soins aux patients ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébral

et d'optimisation de leurs connexions sous état de transe (Becchio, Joussellin). Sur la base de la connaissance des fonctions des différents départements du cerveau, on peut construire une thérapie efficace directement dirigée vers la zone touchée.

Le déroulement de la transe se fait sur la base de souvenirs de mouvements, de sensations, (visuelle, gustative, etc), d'émotions (joie, tristesse, colère, dégoût, etc), de souvenirs d'apprentissage et d'acquisition d'expérience, d'utilisation des compétences (marche, écriture, lecture, etc) et de nouvelles études.

Auto-apprentissage

Le message de l'hypnose ericksonienne s'inscrit dans un vaste programme de réhabilitation des patients ayant subi des accidents vasculaires cérébraux. La thérapie a été réalisée avec 9 patients (4 hommes, 5 femmes, âgés de plus de 55 ans) dans une clinique neurologique. La durée du traitement est de 8-10 séances au rythme de 2-3 fois par semaine pendant le premier mois après l'AVC.

Caractéristiques de la transe ericksonienne en fonction de la localisation du foyer d'un AVC

Dans l'hémisphère droit, elle est caractérisée par la sous-estimation de l'importance de la maladie, une absence de discernement, une désinhibition de la sphère émotionnelle (euphorie ou symptômes asthéo-dépressifs) et une instabilité émotionnelle.

Caractéristiques principales de la transe :

- Stabilisation, certitude
- Dépendance, confiance
- Critique organisée, sens des réalités
- Limites, contrôle de soi
- Calme
- Acceptation, retenue, répétition fidèle
- Attention
- Maîtrise de soi.

Dans l'hémisphère gauche, la transe est caractérisée par : la faiblesse de l'initialisation du processus, une faible volonté, une apathie, le contrôle de soi, un certain pessimisme, de l'anxiété, de la dépression, une réévaluation de l'importance de la maladie.

Caractéristiques principales de la transe :

- Motivation, Contrôle
- Autonomie
- Détermination, Activité
- Excitation, Activation, Curiosité
- Prise de décision
- Attitude positive et sûre de soi
- Force
- Joie
- Volonté
- Responsabilité
- Insertion dans la communication et l'interaction avec l'extérieur.

La structure de travail, selon le stade de la réadaptation

Lors de la première phase du traitement, le texte de transe comprend des « messages » sur les sujets suivants :

- l'harmonisation, la valorisation, la confiance, la paix, l'espoir, de la clarté, la certitude, le contrôle, l'optimisme, l'enthousiasme, la confiance, l'effort, la mesure (température interne), l'exhaustivité, le confort, l'acceptation, la persistance, la force et l'énergie.

Lors de la période de rétablissement après un AVC (pour préparer la sortie du centre de soins) : ajout des thèmes de l'adaptation, de la flexibilité, de la confiance, de l'énergie, la force, l'attitude positive, l'appel à l'expérience personnelle pour surmonter les problèmes.

Les sujets de trances avec les victimes d'un AVC

1. Le battement de deux cœurs : celui de la mère et de l'enfant. Thème de la connexion, du développement, de l'origine de la vie, de l'acceptation, de l'intégrité des deux mondes.
2. La naissance. L'obscurité, la lumière, la chaleur, le froid, la nouveauté, la peur. Les graines d'arbres.
3. L'alimentation, l'adoption, l'assimilation, le recul. Ressources d'aide, de soutien, d'énergie, de force.
4. La nouveauté, la perception du monde. De plus en plus intéressant.
5. Le développement de la sensibilité.
6. La capacité de percevoir, de traiter, d'assimiler, d'évaluer, de reproduire. L'émergence de l'expérience, le recours à elle.
7. Le développement de la sensibilité. Développer la capacité à percevoir, à traiter, assimiler, évaluer, reproduire. L'émergence de l'expérience. S'appuyant sur l'expérience.
8. Le mouvement (marche, jogging, nage, en rampant). L'indépendance, l'équilibre, la fluidité, l'agilité, la stabilité, l'adaptation.



9. La situation verticale. Le processus d'insertion, de soutien, de situation indépendance, d'arrêt, de tournant.
10. La randonnée pédestre. Une description globale du processus de la marche. Permanence des mesures, de repères, de rythme, mise en scène avec le talon sur la chaussette, marche en chaussettes, tenue sur une jambe, marche à pied.
11. La marche dans l'escalier. Montée, descente. Le rythme, la profondeur, la hauteur.
12. Le développement de la parole.
13. L'émergence du «je», de l'identité, de la séparation, du désir de frontière et de lignes directrices internes.
14. Le jeu, la spontanéité, la liberté de circulation, le scénario des jeux, des jeux de rôle.
15. Le rire, le sourire.
16. L'éducation des acquis. L'expérience évolutive, affective, sentimentale, expérience des pensées.
17. L'écriture – une expérience.
18. La lecture – une expérience.
19. La danse – une expérience. De la danse seule à l'inclusion d'une autre personne.
20. Communication avec la famille, les pairs, les aînés. L'expérience émotionnelle de l'acceptation ou de rejet.
21. Les compétences de cuisine, de couture.
22. L'expérience des difficultés surmontées.
23. Les sentiments humains: l'amour pour l'enfant, les parents, le peuple, le plaisir, la liberté.

La combinaison de la musique de transe et du texte: l'accompagnement musical

- À la *première étape* du traitement – musique neutre et non structurée.

Dans le quartier de soins intensifs, il est possible d'écouter de la musique avec un casque.

- Dans un *deuxième temps* – adjonction au traitement de musique calme (généralement la deuxième partie d'œuvres classiques).
- A la *troisième étape* du traitement-avant la sortie de la clinique: une musique forte, dynamique, stimulante et source d'inspiration.

Au total

Dans ce travail avec les patients, il faut prendre en compte plusieurs facteurs qui entravent le processus de récupération, tels que l'insuffisance de l'évaluation des patients d'un défaut moteur ou de parole, un problème de la perception, des réactions de douleur, de dépression et/ou d'humeur perturbée, d'un manque de motivation pour la réadaptation, la mauvaise tolérance à des stress divers (y compris lors des séances de psychocorrection).

Dans trois cas, nous avons utilisé une technique standard de formation d'auto-hypnose de B. Erickson lors des trois dernières conversations avec des patients ayant subi un AVC.

Selon nos observations, l'utilisation de l'hypnose ericksonienne avec les patients victimes d'AVC améliore et renforce non seulement les développements positifs, mais ouvre également de nouvelles opportunités pour influences psychocorrectrices dans le processus de la thérapie. L'expérience pratique d'intégrer l'hypnose ericksonienne dans le traitement des patients ayant subi un AVC a montré que cette méthode était très efficace et améliorait la qualité des mesures de réinsertion.



Le congrès au fil de l'eau sur la Volga.



Claire Faugeron

Les hiéroglyphes du corps Variations sur le manque

Petit clin d'œil au voyage en Égypte en octobre 2007, qui m'a fait rencontrer le groupe Psy cause et garder des liens avec certains, liens de qualité qui m'ont permis d'être là aujourd'hui.

Lors de ma réflexion, un peu comme dans l'analyse, à l'endroit où l'on avance il y a quelque chose qui s'efface : au moment où j'étais la plus pertinente, en phase avec ma pensée, il se passe quelque chose par ailleurs où cela efface, où je perds le fil, dupe de là où j'en suis.

Pour cette raison, j'ai choisi d'exposer mon propos sous forme de fragments.

Fragments sur l'analyste

Assise toute la journée, dans le même mètre carré à écouter les autres, mais qu'est-ce qui me pousse à faire ce métier? Est-ce l'alibi de mon désir?

Comme on dit, le désir de l'analyste.

Interrogée par la répétitive obturation de mon temps de vie, le plus que plein temps que nécessite la pratique journalière de mon métier, un texte vient me nourrir de réflexions :

je suis (l'analyste) à l'écoute des autres, « débranchée » de moi-même dans cet ailleurs que m'offre le champ de ma pratique.

Chaque fois que la question du patient revient en boomerang me concerner : je l'analyse;...ménageant, entre l'insistance du discours qui me vise et moi-même, la distance analytique souhaitée et souhaitable.

Mais au-delà de cette pratique, de se savoir faire, de ce savoir manier-la-cure, en quelle place secrète est l'analyste?

Où est son désir?

Nous le traduirons par : « où est son ailleurs? »

L'emploi du temps est « bourré », on attend longtemps chez lui une « place »; cette place comme une case vide sur l'échiquier de son emploi du temps.

Comme s'il était plus assujéti à la demande de l'autre qu'à l'économie de son propre désir : il la comble presque toujours cette case vide.

Au-delà de l'origine de chaque structure personnelle qui est ce fond commun aux analystes, ne peut-on pas dire que l'analyste est devenu tel qu'en tant qu'il a voulu se créer un leurre, un autre fantasme concrétisé par sa pratique; pour les imaginations variées de toutes les réalisations qui seraient siennes, si l'un de ses patients laissait « un trou », « une béance », comme une « vacance » en sa vie.

Quelque chose comme : si Madame Robert ne venait pas, j'irai faire un tour dans le jardin.

En fait, si c'était ce manque qu'il est toujours tenu de recréer dans l'imaginaire comme ailleurs virtuel de l'autre, qui rendrait compte de l'immobilisme dont il est atteint, et qu'il croit le plus souvent subir alors qu'il l'a créé lui-même?

A partir de quand la fonction d'analyste deviendrait elle camouflage du manquement capacité à la vacance, d'une disponibilité à la vacance?

Où est l'alibi?

Est-ce quand l'analyste devient « le bouche trou » du patient sans désir assumable?

Est-ce quand le patient devient « le bouche trou » de l'analyste identifié à sa fonction qualifiée?

L'analyste se prive disciplinairement et le sait : c'est un choix éthique et méthodologique, de se vouer volontairement à la répétition des autres.

Fragment « border line »

Quelques remarques concernant ces cas dits « border line » où d'une manière ou d'une autre le corps est concerné.

Ce ne sont pas des marques de manque mais plutôt des marques de « pléthore » qui apparaissent dans ces cas de boulimie, anorexie, éthyliisme et toxicomanies.

Qu'en est-il dans ces cas de cet ailleurs éternellement fantasmé, quelle fonction ont ces traces somatiques?

Dans chaque cas, dès que l'histoire ou la préhistoire en sont déchiffrables, on retrouve une commune mesure qui se tra-



JE CHERCHE
UN PATIENT
BOUCHE-TROU
DANS MON
AGENDA

ANALYSTE
POUSSANT LE BOUCHON

duirait par l'inscription dans le corps du patient, quelque soit le symptôme, du «manque d'un manque».

« Pléthore » par opposition, état qui au-delà du bouche trou, induirait tel sujet à établir sur une « autre scène », une situation où l'illusion du manque recréé lui ouvrirait à nouveau les portes du désir.

On a vu ce qu'il en était pour l'analyste.

Mais d'autres s'ingénient à se créer, par tendance suicidaire (dans l'anorexie grave, la toxicomanie) « le trou » où la mort les ensevelira définitivement.

Aller vers la mort pour échapper à la mort.

Ceci ramène à la question de deuil comme fondamentale (dans le cheminement qui va de la « mort d'avant » à la « mort d'après », se situe l'analogie d'un certain travail de deuil), deuil d'eux-mêmes pour certains en quête empiriquement et aveuglément ou impulsivement de leur non assumable dans une relation de désir à l'Autre.

Qu'en est-il pour ces patients qui semblent confondre la recherche de leur « ailleurs » et la découverte définitive de l'au-delà de la vie?

On les connaît : un certain type d'éthylique apparaît comme mégalomane, toujours

de mauvaise foi envers lui-même. Il agit dans sa vie quotidienne son refus de s'assumer; « le non vouloir être soi » qui s'exhibe dans l'ivresse peut se traduire aussi dans le théâtre ou toute autre transformation de soi en un autre.

Petit fragment sur le théâtre

Madame Clairon au 18^{ème} siècle, dans le « Paradoxe sur le comédien » de Diderot énonce : « quelle étude ne faut il point faire pour cesser enfin d'être soi ? »

Dans le : je suis « César » ou, je suis « Cléopâtre », on représente un autre qui n'est pas soi.

On peut noter l'analogie avec l'analyste qui dans une cure doit être le représentant de l'autre qui a manqué ou de l'autre qui ne vous a pas entendu ou de l'autre qui vous a gavé. Dans l'analyse, il s'agit d'une demande d'identification par celui, le patient, qui a manqué de langage maternel ou qui en a été saturé.

Dustin Hoffman, à la remise des Césars a parlé (et merci à lui pour la psychanalyse, car il a parlé du travail qu'il avait fait sur lui même) du fait qu'en tous ces êtres acteurs, il y a comme un cadavre, un corps mort en eux, et que c'est la scène, l'interprétation du rôle qui donne vie à ce corps : ils jouent avec tous les trous.

Si on se retrouve un jour dans le théâtre, serait ce parce qu'on vit avec un corps que l'on n'a pas supporté?

Fragment « border line » suite

Bien sûr, l'éthylique se cherche une « autre scène », il n'est jamais rassasié de cet ailleurs intérieur que lui procure l'ivresse.

Comme disait Verlaine:

« Etre saouïl, vous ne savez pas quelle victoire
C'est qu'on remporte sur la vie, quel don c'est!
On oublie, on revoit, on ignore et l'on sait;
C'est des mystères pleins d'aperçus, c'est du rêve
Qui n'a jamais eu de naissance et ne s'achève
Pas, et ne se meut pas dans l'essence d'ici;... »

À partir d'une observation clinique, je me demande si Arthur ne sentait pas comme exigible ce leurre que procure l'ivresse

parce qu'il avait vécu une relation maternante qui n'avait pas laissé d'ouverture où puisse venir émerger son désir.

Dans le travail avec ces patients, ce qu'on nous offre, ce sont des hiéroglyphes inscrits par les générations antérieures et dont le sujet est « traduction » sans que pour autant il ait conscience du langage qu'il incarne.

Je vais essayer de vous illustrer cette exigence de l'ivresse, cette exigence de leurre avec cet épisode rapporté par une femme d'âge mûr lors d'une consultation : elle venait de vivre un moment dramatique avec son fils Arthur.

« Tout s'est joué, dit-elle, lorsque j'étais enceinte ».

Maîtresse d'un homme dont elle avait du avorter une première fois, elle était enceinte pour la deuxième fois.

L'homme bohème, intelligent, fuyait ses responsabilités.

Elle-même était très enfermée dans l'idéologie de sa bourgeoisie familiale.

Cette deuxième fois, l'homme se décide à accepter de devenir le père légal de leur enfant à naître.

Au cours d'une dispute, elle dira : « je ne te demande pas ton nom, je te laisserai ta liberté. »

Pacte inscrit « in utero », pacte qui situe le père comme démissionnaire de sa paternité dans l'instant où il accepte le compromis proposé par la mère, et elle par ce compromis comme assumant dès lors un enfant, enfant d'un autre qui n'est que « l'ailleurs » évasif de celui-ci.

Pour la mère, ce renoncement « courageux », n'est que la suite inconsciente mais logique de ses fantasmes infantiles.

Elle avait grandi dans une famille silencieuse, où les problèmes sexuels étaient tus, comme était tue la liaison du père avec une femme lointaine, qui le faisait désertier son foyer.

Elle avait classiquement rêvé très jeune d'avoir des enfants, sans aucunement penser à la participation masculine pour cette maternité.

Dans le drame actuel, quelques trente ans plus tard, c'était le manque de « courage » qu'elle reprochait à Arthur, son fils « impuissant à résister à la bouteille, à la colère, à la destruction de lui-même ».

C'est-à-dire la non résolution de son Œdipe à elle - deuil de l'enfant du père déserteur - qui l'amenait à reprocher à son fils de s'identifier à cet ailleurs auquel elle avait renvoyé son mari.

Son courage à elle avait été de ne pas tuer cet enfant à venir.

Un jour, la patiente surprend son petit garçon de 6 ans, qu'Arthur est devenu, en sanglots dans son lit :

« je pense que tu vas mourir un jour », dit l'enfant.

« je suis jeune, je suis là »...dit la mère.

Cette promesse de ne pas mourir vient à la place de ce qu'elle n'entend pas : l'enfant cherchant alors, dans la mort fantasmée de sa mère, une béance pour le désir, un manque que l'inaltérable présence comblante de la mère obture sans cesse pour lui.

Il cherchait son désir en imaginant sa mort; elle tue son désir dès l'enfance en se proposant immortelle.

Trente ans plus tard, elle en prend conscience disant : il a pleuré ce soir là toute la nuit, mais ce soir là : « je n'ai pas supporté qu'il fasse son deuil de moi », et elle ajoute : « Aujourd'hui, il me tue en paroles et voudrait que l'on puisse dire que je l'ai tué par mon amour ».

Voilà une préhistoire qui préside au destin de ces patients qui sont confrontés, de par les avatars de l'œdipe des générations antérieures, à un personnage mythique ou réel, frère, père, autre en tous cas, à l'absence duquel ils réagissent différemment, selon les structures, mais dont le point commun est de traduire dans un symptôme corporel leur question.

Ces hiéroglyphes, que pouvons nous en faire?

Que devons nous en faire?

Savoir peut-être qu'à nous être dédiés, ils sont à être entendus par nous, comme si nous étions l'Absent à qui, ils étaient de tout temps destinés et surtout qu'ils n'ont pas à être traduits.

Notre silence nous place sur « l'autre scène » que ces patients étaient tenus de créer comme position tierce pour leur désir à naître, faille d'eux-mêmes, « pléthore » suturante de leur être.

Fragment suivant : séparation première , découverte de l'objet

« Qu'est-ce qui s'interpose entre la bouche qui tète et le sein qui sort »?

Voilà la vraie question de l'humanité.

C'est la question de la séparation première.

C'est cet écart qui permet la vie du désir.

S'il n'y a pas d'écart entre la bouche et le sein, un morceau du corps de l'enfant complètera le corps de la mère.

Si par ailleurs, l'écart est trop immense entre cette bouche et le sein, la béance, le trou noir ne sera jamais comblé et tous les objets du monde n'y suffiront pas; joyeuse boulimie.

Mais cet écart ne se gorge pas seulement de mots, de signifiants, d'objets mais aussi de voix, de musicalité, de cris.

L'écart, c'est entre les corps.

Mais qu'est-ce qui permet l'écart premier?

Tous les autres écarts qui vont se forger dans la vie ont un rapport avec cet écart premier.

L'écart est-il le même entre le mot et la chose, entre le signifiant et l'objet, entre deux signifiants, entre le moi et le sujet, entre le réel et le symbolique, entre le symbolique et l'imaginaire, entre l'imaginaire et le réel, entre l'analysant et l'analyste?

Et, pour que le chemin ne soit pas linéaire, il faut supposer non seulement de l'écart, mais aussi la capacité de mobiliser ou de faire jouer cet écart, cet écart que nous nommons avec Freud le trait unaire. (traduction littérale : « trait unique »)

Il faut au départ une poignée de bonnes étoiles.

Cette bonne étoile, même si elle est voilée tragiquement,

on peut parier qu'avec la parole, le discours avec l'autre, on peut créer un hologramme d'étoiles.

Puis, il faut qu'il y ait de l'impair, que ça ne colle pas, que le discours ne soit pas le même, ne soit pas siamois (et tout le discours actuel va dans le sens du siamois, dans le sens du même discours pour tout le monde).

Puis, il y a la conflictualité du discours, la question du père en étant le reflet.

Enfin, cette capacité de mobiliser de l'écart se tourne autour du tractus, du trait, pas seulement du trait unaire mais aussi de ce qui tracte, du mouvement même.

Qu'est qui nous permet de tirer ans la vie?

Voilà une première théorisation de cet écart comme le dit Jean Richard Freymann.

Pour Freud : « Quand la toute première satisfaction sexuelle était encore liée à l'ingestion d'aliments, la pulsion sexuelle avait, dans le sein maternel, un objet sexuel à l'extérieur du corps propre (la pulsion, a alors son objet en dehors du corps propre, dans le sein de la mère).

Elle ne le perdit que plus tard (cet objet n'a été qu'ultérieurement perdu)

Peut être précisément à l'époque où il devint possible à l'enfant de former la représentation de la personne globale à laquelle appartenait l'organe qui lui procurait la satisfaction. En règle générale, la pulsion sexuelle devient dès lors auto érotique »

L'enfant doit se différencier du sein qui n'est pas un bout de lui, ou lui qui n'est pas un bout de la mère : ce qui caractérise l'état maniaque (l'indifférenciation entre son corps et le corps de l'autre ou entre ses pensées et celles de l'autre).

Deux points dans ce qu'avance Freud:

- 1.le premier concerne le moment où, pour l'enfant, l'objet se constitue comme perdu
- 2.le deuxième la place qu'occupera l'autoérotisme dans ce processus

En ce qui concerne le premier point:

Freud dit que l'objet est perdu au moment même où l'enfant est devenu capable de se représenter l'ensemble de la personne à qui appartenait l'organe qui apportait la satisfaction.

Ce moment là est justement celui où, pour le jeune sujet, la mère apparaît comme sujet désirant .

C'est sur ce temps que portera le déni du toxicomane, sur ce moment d'apparition de la mère comme sujet désirant.

Pour le deuxième point, il est important de préciser que l'auto érotisme n'est pas un temps premier mais second en ceci qu'il marque le moment de la constitution de l'objet

au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire en tant que perdu.

Toujours dans les Trois Essais, Freud ajoute: « une fois surmontée la période de latence, le rapport originel se rétablit.

Ce n'est pas sans de bonnes raisons que la figure de l'enfant qui tète le sein de sa mère est devenue le modèle de tout rapport amoureux.

La découverte de l'objet est à vrai dire une redécouverte. »

Si, retrouver l'objet perdu n'est qu'un leurre, c'est du fait de l'impossibilité de retrouver cette relation initiale à un objet du besoin perdu.

Or, ce que prétend le toxicomane, c'est qu'il a bien trouvé l'objet de la satisfaction.

En effet, ce qu'il nous dit de la drogue, c'est que c'est l'objet du besoin, ce dont il ne saurait manquer sur un plan vital. L'expression « je suis en manque » : c'est parce qu'il n'est pas perdu, et qu'il l'a trouvé que ça lui manque.

Ce que Freud nomme produit de remplacement d'une activité auto érotique serait alors le produit de remplacement de l'objet en tant que perdu, et ramené par l'effet du déni à ce qui en est son support, l'objet du besoin.

Le toxicomane est confronté à l'impossible de la satisfaction et au deuil impossible de la perte d'objet. Il y a transmutation, de l'objet en plaisir en objet de besoin.

Conclusion

Après ces tours et détours de fragments, ces variations sur le manque, peut être simplement, pour nous permettre d'insister sur la nécessité pour chacun d'accepter ce manqué dans notre condition structurelle d'être humain,

en conclusion, comme une boutade, je vous rappelle la dernière phrase de Freud avant de mourir:

« en attendant toujours quelque chose qui ne venait point »

Bibliographie

Trois essais sur la théorie sexuelle. Ed. Gallimard 1987 S. Freud.

Passe, un père et manque. Ed. Erès 2008 J.R. Freymann.

La chaussée d'Antin. Ed. Albin Michel 2008 F. Perrier.

Comprendre Freud. Ed. Armand Colin 2007 J. Sédal.

L'envers de la toxicomanie. Ed De Noel 1989 E. Vera Ocampo.

Expériences de la perte. Ed Puf 2005 Colloque de Cerisy.



Michèle Chahbazian

Intérêt des échelles d'évaluation en psychosomatique¹

Nous avons décidé dans ce travail de répertorier diverses échelles d'évaluation utilisables en psychosomatique.

Pour commencer il est important de définir ce que nous entendons par ce terme. En effet, le champ psychosomatique est vaste, certains doutent même de la pertinence du concept dans le domaine psychiatrique, mais nous retiendrons ici qu'il concerne les interactions entre la psyché et le soma.

Pour revenir à des notions classiques, nous rappellerons d'abord que d'un point de vue médical, il y a deux façons de les aborder : d'une part nous pouvons envisager les pathologies fonctionnelles sans organicité, et d'autre part la pathologie organique dans laquelle un ou plusieurs facteurs psychologiques sont impliqués.

Lorsque la psychanalyse a eu beaucoup d'influence, des schémas explicatifs de la maladie ont été mis en place, selon le modèle qui était utilisé pour la psycho-névrose freudienne, c'est-à-dire en s'attachant surtout à la dimension symbolique, et ces tendances restent à l'œuvre dans les écoles psychosomatiques d'inspiration analytique, à la suite de *l'école de Marty*. Un des concepts essentiels mis en évidence par cette école est celui de « pensée opératoire », plus tard nommée alexithymie.

Si cette pensée opératoire a été mise en évidence chez de nombreux patients souffrants de pathologies longtemps taxées de psychosomatiques comme la rectocolite hémorragique, des études ont démontré qu'il n'existe pas plus de pathologies somatiques dans les fonctionnements où la pensée opératoire prédomine.

L'évolution de nos connaissances dans les dernières décennies argumente nettement pour éviter de mettre en place des clivages entre les divers domaines. L'exemple de l'ulcère gastroduodénal qui lorsque nous faisons nos études

était considéré comme éminemment lié au stress et qui est aujourd'hui attribué à une bactérie (*helicobacter pylori*) illustre la transformation des points de vue. Il en est un peu de même des éléments génétiques mis en évidence dans le développement de l'autisme chez l'enfant.

Nous progressons dans la compréhension de la dimension plurifactorielle de toutes les pathologies. Il se trouve que *le centre international de psychosomatique* dont le siège est à Paris, a élaboré autour de M. *Sami Ali* une approche théorique qui permet enfin d'articuler de façon cohérente l'intrication des divers facteurs impliqués dans la souffrance et les maladies, qu'elles soient psychiques ou somatiques. Dès lors, plutôt que de parler de maladie psychosomatique ou non, nous envisagerons une approche psychosomatique de la maladie en général, ceci avec une bien meilleure efficacité au niveau thérapeutique.

Sami Ali est à l'origine un psychanalyste égyptien qui a d'abord travaillé à l'école psychosomatique de Paris avec Marty. Mais il s'est peu à peu dégagé de la psychanalyse pour concevoir une approche théorique qui intègre le corps biologique dans ses déterminants réels et non plus seulement symboliques. Il a apporté beaucoup à notre réflexion en introduisant d'une part la notion de causalité circulaire, d'autre part au sein de cette circularité, le concept d'impasse comme caractéristique de la maladie organique.

Par là il devient possible d'articuler les phénomènes fonctionnels à haute valeur symbolique liés au conflit (sur le modèle de l'hystérie de conversion par exemple), aux phénomènes de somatisation mettant en jeu l'organicité, dans lesquels l'impasse est impliquée, qui se trouve à l'articulation d'un fonctionnement et d'une certaine situation de vie, et où la biologie est particulièrement en cause.

La temporalité joue ici un grand rôle, avec les divers rythmes corporels.

Psychiatre
Marseille

1. Note de la rédaction : ce texte est une communication au congrès de Parakou au Bénin en février 2008. Nous n'avons pu l'intégrer au dossier de *Psy Cause* consacré à cette manifestation, ne l'ayant pas reçu dans les délais. Cependant il constitue par son contenu, une véritable transition avec notre congrès de Russie. Il a donc logiquement sa place ici.

La clinique vient toujours nous montrer l'intrication des facteurs, qui nous éloigne d'une causalité exclusive, dans un sens comme dans l'autre.

Quand nous travaillons en psychosomatique nous savons bien que la maladie organique peut survenir tout autant dans des cadres de fonctionnements très névrotiques que dans des cas de pensée opératoire.

Dans ces cas cependant où l'imaginaire est peu présent, Sami Ali parle alors de pathologie du Banal, les échelles d'évaluation peuvent prendre un certain intérêt pour aider à mettre en évidence des difficultés chez un patient qui a tendance à tout normaliser et à tout banaliser.

La dimension dépressive est souvent impliquée dans la maladie organique, qu'elle apparaisse plutôt comme une cause ou comme une conséquence n'a plus une grande importance dans une perspective où prévaut la circularité, qui va permettre d'aborder dans son ensemble l'être en souffrance, l'être malade. C'est une approche qui permettra de concevoir la souffrance dans une complémentarité axée sur le relationnel, l'affectivité et son rapport au corps, sans jamais négliger le corps réel, le corps biologique, qui lui aussi est relationnel. A partir de là Sami Ali a mis au point ce qu'il est convenu d'appeler thérapie relationnelle, qui se construit autour de la relation et qui est donc un travail très spécifique à un individu concerné, et ne peut être ni généralisable, ni modélisable.

En conséquence nous pensons l'intérêt des échelles en psychosomatique comme très limité. Elles pourront cependant être utiles dans certains travaux épidémiologiques,

qui nécessitent des critères d'évaluation, ou encore pour sensibiliser certains acteurs du soin qui manqueraient de qualifications, à trouver les moyens d'un certain repérage clinique. Un autre élément important va pondérer l'intérêt d'utiliser des échelles, c'est l'élément socio-culturel, très vite impliqué lorsque nous sommes confrontés à des questionnaires standardisés.

Pour revenir au sujet central et malgré toutes les réserves formulées, je vais donc vous citer les principales échelles qui peuvent être utilisées dans le domaine de la psychosomatique.

Parmi les échelles spécifiques, nous allons trouver surtout les échelles d'alexithymie.

- Le questionnaire de Toronto : TAS 20.(Toronto alexithymia scale).
- Le Beth Israel Questionnaire de Sifnéos.
- Le questionnaire d'alexithymie de Bernard et Vorst : BVAQ B).

Les échelles et l'alexithymie

Historique de l'alexithymie

Dès les prémices de la médecine psychosomatique, plusieurs auteurs notaient chez leurs patients une perturbation dans le traitement cognitif des émotions.

Ainsi MacLean (1949) rapportait une incapacité de ces patients à verbaliser leurs états affectifs. Ruesch (1948) observait une perturbation de l'expression verbale et symbo-



lique, une faible capacité pour l'imagination, une difficulté à utiliser les émotions comme source d'informations et un conformisme social exagéré.

Marty et de M'Uzan (1963) observaient un mode de pensée utilitaire et une absence d'activités fantasmatiques. Ces auteurs utilisaient le terme de «pensée opératoire» pour décrire ce mode de fonctionnement cognitif particulier dépourvu de tout contenu affectif. Il faut cependant attendre les années '70 pour assister à des investigations systématiques du style affectif et cognitif de patients qui souffrent de maladies dites psychosomatiques.

Sifneos (1973, USA) propose le terme d'«alexithymie», qui signifie littéralement l'absence de mots pour décrire les émotions, afin de rendre compte d'un mode particulier de gestion de la vie émotionnelle de ces patients.

Définition

Il existe actuellement un consensus pour définir un ensemble de quatre dimensions qui caractérisent l'alexithymie:

- une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels;
- une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui;
- une vie fantasmatique réduite;
- un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou «pensée opératoire» (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

D'autres auteurs ont proposé d'ajouter la notion de faible réactivité émotionnelle (Bermond & Vorst, 1994a, 1994b).

Elle fait référence à l'absence de réactions en présence d'une scène qui habituellement provoque des réactions émotionnelles. Il faut cependant considérer cette dimension avant tout comme un corrélat de l'alexithymie (voir items BVAQ).

Il faut préciser le type de déficit impliqué par l'alexithymie. Les individus qui présentent un score élevé dans ce domaine, ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser. Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est restreinte, leur faible capacité à réguler les affects, se traduit à certains moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs.

Le lien entre cette manifestation comportementale intense et des événements déclencheurs est cependant particulièrement difficile à établir en raison de leur faible recours à l'introspection (Taylor, 2000; Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Pertinence du concept dans le domaine de la santé

Certains auteurs considèrent que la prévalence de caractéristiques alexithymiques est particulièrement élevée dans l'hypertension, certains troubles intestinaux (syndrome du

côlon irritable), les troubles somatoformes et les troubles des conduites alimentaires.

Certaines études soulignent également la pertinence du concept en tant que facteur de vulnérabilité dans une série d'autres affections somatiques (notamment le diabète de type I, l'asthme).

En ce qui concerne l'hypertension, la prévalence d'alexithymie atteint 53 à 55% des

participants dans deux études menées en Italie et en Finlande par rapport à une prévalence comprise entre 13 et 16% pour le groupe contrôle qui ne souffre pas d'hypertension (Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995; Jula, Salminen, & Saarijärvi, 1999). Une prévalence de 36% a par ailleurs été trouvée dans un échantillon de patients souffrant du syndrome du colon irritable par rapport à un groupe contrôle apparié pour le sexe, l'âge et le niveau d'éducation (Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze, & Taylor, 1995). Une autre catégorie de troubles liés à des symptômes inexplicables au niveau médical concerne les troubles somatoformes décrits dans les classifications DSM et ICD ("International Classification of Diseases"). Par exemple, dans une étude qui incluait des survivants d'accidents de voiture qui se plaignaient de douleur chronique et qui répondaient aux critères liés aux troubles somatoformes, on observait une prévalence de 53% de l'alexithymie (Cox, Kuch, Parker, Shulman, & Evans, 1994).

Il faut cependant noter que le diagnostic de troubles somatoformes est remis en question par un certain nombre de chercheurs (e.g., Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson, & Kelemen, 1990).

Cette pertinence concernant l'alexithymie reste très discutée car les études sont assez contradictoires, n'amenant pas de preuves évidentes.

En ce qui concerne le profil comportemental de type A décrit par Friedman et Rosenman en 1959, qui correspond à une tendance à l'hyperactivité, à vivre en se surpassant, avec une tendance à l'hostilité et à la colère, il est le seul à être formellement impliqué dans les pathologies cardiovasculaires (* /2) et considéré comme un réel facteur de risque.

Pour les autres types décrits, les liens restent beaucoup plus douteux : le type C plutôt passif, évitant les conflits, dans la soumission et la passivité serait plus impliqué dans les pathologies cancéreuses et auto immunes, alors que le type B dans la souplesse, l'adaptation efficace et l'activité mature, serait lui protecteur.

Pour Sami Ali tout est une question d'équilibre, ce qui ne peut donc s'envisager que selon l'histoire et le vécu de chacun, et il est impossible d'instaurer dans ces domaines une quelconque causalité linéaire, ni dans le sens de la psychogenèse, ni dans le sens inverse. Il est question plutôt d'être dans la relation au sujet en souffrance, et dans une perspective de circularité qui permet de faire des liens, pour avancer dans une élaboration thérapeutique, tout en refusant les implications strictement linéaires, qui ne correspondent jamais à la réalité, et restent des constructions théoriques.

Autres échelles

Une autre échelle est parfois utilisée dans les approches psychosomatiques :

- l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman.
Elle se rattache aux problèmes d'addiction, comme l'alcoolisme et le jeu pathologique, et y sont relevées des caractéristiques en lien à un type de personnalité particulier, donc éventuellement utilisables en psychosomatique.

D'autres échelles vont aussi avoir leur place, mais elles sont beaucoup moins spécifiques que les précédentes :

- les échelles d'anhédonie sociale (SAS. 1982) et physique (PAS. Chapman. 1985).
- les diverses échelles d'évaluation de la douleur.
- les échelles d'évaluation de l'anxiété (échelle de Hamilton, échelle de Covi, échelle d'anxiété trait et état de Spielberger : STAI-T et E).
- les échelles de dépression (Beck etc...).

Faible utilité des échelles

Mais au-delà des intérêts déjà évoqués plus haut, à savoir épidémiologiques ou en l'absence de praticiens formés à la clinique, nous concluons à l'inutilité de ces échelles qui sont d'ailleurs de plus en plus laissées de côté par les équipes de recherche en psychosomatique.

Une équipe expérimentée de Montpellier concluait que les échelles ne pouvaient qu'être complémentaires des entretiens psy, le plus souvent pour établir des dossiers comparatifs à des fins de publication ou pour évaluation lors d'essais cliniques. Mais les remplir prend énormément de temps alors que d'un point de vue clinique elles n'apportent rien au praticien qui connaît son travail. Donc si elles sont encore utilisées par les somaticiens comme une aide au diagnostic dans les consultations de la douleur, après deux ans d'utilisation consciencieuse, elles ont été laissées de côté par ce groupe de recherche, comme prenant trop de temps pour un bénéfice nul.

Pour une connaissance plus précise de l'apport de Sami Ali, de nombreux ouvrages peuvent être consultés, dont il est l'auteur. J'ai moi-même publié récemment un recueil qui fait le point sur la thérapie relationnelle et s'appuie sur des exemples cliniques, pour éclairer cette pratique.

Complément à propos des aspects psychométriques

Les différentes dimensions incluses dans la définition de l'alexithymie entretiennent des relations logiques entre elles.

Par exemple, le fait d'éprouver des difficultés à identifier et à différencier ses états émotionnels risque également de rendre leur expression verbale à autrui peu aisée. Malgré ces liens logiques, les dimensions ne se recouvrent pas complètement. Ainsi, des analyses factorielles sur des échelles validées comme la TAS-20 ou le BVAQ indiquent qu'une structure en facteurs indépendants offre la meilleure représentation du concept. Actuellement, on préconise d'examiner l'effet de chaque dimension et non plus de considérer un score global (e.g., Luminet, Rimé, Bagby, & Taylor, 2002). Il apparaît en effet problématique que le score global ne permette pas de distinguer un individu dont le score est moyen sur l'ensemble des sous-échelles d'un autre dont le score est faible sur certaines sous-échelles et très élevé sur d'autres. Ces deux patterns reflètent pourtant des différences importantes dans le mode de réaction aux émotions. A titre d'exemple, les résultats d'études récentes montrent que des variables telles que la quantité de symptômes physiques ou le recours aux services de soins sont mieux prédits par un ou deux facteurs spécifiques de l'alexithymie plutôt que par le score global (Deary, Scott, & Wilson, 1997; Lumley & Norman, 1996; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996; Troisi et al., 1996).

Le découpage du concept unitaire initial en dimensions multiples pourrait être perçu comme une démarche peu économique. Toutefois, cette approche multidimensionnelle offre plusieurs avantages. Elle permet, par des techniques de régressions multiples, d'examiner l'impact respectif de chaque dimension sur les différentes composantes de la réponse émotionnelle. On peut par exemple supposer que la dimension de faible réactivité émotionnelle affecte principalement l'intensité et le contenu de la réponse émotionnelle immédiate. Par contre, la dimension de difficulté à verbaliser ses émotions ne devrait exercer ses effets qu'à plus long terme au moment de la réevocation de l'événement émotionnel. L'investigation de la contribution spécifique de chaque dimension de l'alexithymie permet également de poser des hypothèses qui sont testables empiriquement.

Dans une conception psychopathologique, on envisage souvent un score seuil sur l'échelle d'alexithymie pour distinguer un individu alexithymique d'un individu dépourvu de ce trait. Cette conception est orientée par l'idée d'une discontinuité entre réponses normales et pathologiques.

A l'heure actuelle cependant, l'alexithymie est le plus souvent envisagée sous la forme d'un continuum de réponses sur lequel la population se distribue selon une courbe normale.

HORIZONS

Trois articles occupent cette rubrique dans ce numéro consacré aux auteurs étrangers.

Le premier nous vient de Prague en **République Tchèque**. Jan Cimicky est un correspondant francophone fidèle de Psy Cause depuis la fondation de notre revue en 1995. Il a été initié à la psychothérapie institutionnelle française en particulier à la Verrière. Il pose dans son article, rédigé avec son collègue Omar Mounir, un regard très critique sur les conséquences du désengagement de l'état après la chute du communisme appelée « révolution de velours », dans le domaine de la psychiatrie. Ses propos sont à méditer chez nous.

Le second texte nous vient de Marrakech au **Maroc**. Il traite un sujet qui questionne dans ce pays : le perfectionnisme chez les étudiants universitaires. La méthodologie employée, principalement statistique, est adaptée au domaine de la santé mentale car elle permet d'objectiver des troubles pour déboucher sur une action de prévention qui engage la dépense publique. Cette méthodologie, initialisée à la fin des années 1970 par l'institut américain de la santé mentale, suscite beaucoup d'intérêt dans les universités du Maghreb et a fait l'objet en avril dernier d'un congrès en Tunisie à Sousse dont nous avons publié un compte-rendu dans notre précédent numéro de Psy Cause.

Le troisième article nous vient du **Bénin**. Il s'agit d'une communication au congrès de Parakou en février 2008 qui nous parle d'ethno-pharmacopée, que nous n'avons pu intégrer dans le dossier consacré à cette manifestation scientifique. Avec ce texte, c'est l'âme de l'Afrique sub-saharienne que nous visitons.





Jan Cimicky



Omar Mounir

Le phénomène de « la maladie de sortie de l'hôpital »

Les rapports envers les malades sortant de l'hôpital se sont développés en Tchéquie suivant plusieurs étapes. Historiquement, on n'a commencé à parler des soins hospitaliers en pays tchèque, qu'à la moitié du 18^{ème} siècle, suite aux réformes de l'Impératrice Marie Thérèse et de son fils Joseph II. Les premières prescriptions hygiéniques à avoir vu le jour, tendaient à réglementer les soins et empêcher les contaminations virales. A cette époque, il existait déjà des asiles appartenant surtout à l'Église, moins aux villes, où l'on transférait les malades chroniques. L'un des premiers asiles à Prague, destiné aux prêtres souffrant des maladies psychiques, a fonctionné depuis 1790.

Prague avait une position spéciale, car il y avait deux universités qui se disputaient la primauté : l'Université Charles et l'Université allemande. Hormis la rivalité, cette situation a également favorisé une bonne concurrence mutuelle. À l'Université tchèque, Jan Jansky a découvert le groupe sanguin O et à l'Université allemande, Arnold Pick a découvert un type spécifique de démence présénile « Morbus Pick ».

Il était d'usage, surtout dans les campagnes tchèques, de mettre les vieux parents dans une dépendance et de s'occuper d'eux. Les générations plus jeunes ont eu l'obligation de s'occuper des parents proches, vieux et malades, et de leur garantir des conditions de vie honorables. La préservation de cette tradition était sous contrôle public. Malgré cela, il arrivait que des vieux, malades chroniques, vivaient un véritable enfer, car leur environnement tendait visiblement à se débarrasser vite d'une personne devenue une charge.

Ce n'est qu'au 20^{ème} siècle qu'on a commencé à rechercher une voie institutionnelle, plutôt médico-sociale que purement médicale. Des sanatoriums différemment orientés ont vu le jour. Ces institutions se situaient entre l'hôpital et la maison ; elles tendaient à remplacer la maison et fournir en même temps une surveillance et des soins médicaux adéquats. En Tchéquie, elles étaient en général fondées par

des médecins, professeurs de faculté de médecine, dont le renom garantissait la qualité des traitements. Mais l'admission dans ces sanatoriums exigeait des moyens financiers que les couches pauvres de la population n'avaient pas.

Au début du 20^{ème} siècle, les responsables pragois ont commencé à chercher comment faciliter, ne serait-ce qu'à une catégorie de malades, l'accès à des soins intensifs et convalescents comparables à ceux d'autres pays européens, sans qu'il soit fait cas des moyens financiers. Pour ces besoins, la mairie de Prague a décidé en 1903 l'achat dans la banlieue pragoise d'une ferme de 303 hectares de champs et de vignobles. Avec une générosité inhabituelle, ce projet a été divisé en 3 parties principales : d'un côté, deux parties destinées aux soins et un dispensaire pour le commun des mortels avec église ; de l'autre, un sanatorium divisé en 4 catégories de paiement, avec cuisine, théâtre et deux jardins d'hiver... La troisième partie était séparée du dispensaire et formait une colonie de travail composée de six pavillons ou étaient hébergés des patients après le traitement. Ils étaient logés et nourris et restaient pratiquement jusqu'à la fin de leur vie. Il y avait un cimetière juste à côté de cette colonie. C'était une initiative sociale importante, car les hébergés payaient leur séjour par le travail. Une légende veut que l'empereur Charles IV employât de la même manière ses ouvriers ; ils travaillaient sur ses chantiers contre le gîte et le couvert !

Cette façon de faire resta en vigueur pratiquement jusqu'au début de la Seconde Guerre mondiale. À partir de cette date, on assista à une réorganisation permanente en moyen alternatif d'utilisation de cette installation, laquelle fut à son époque une réalisation géniale.

Passée l'euphorie du début, la théorie prétendant que tous les problèmes de la thérapie en psychiatrie seront solutionnés avec l'arrivée des neuroleptiques, qu'il ne sera plus nécessaire de diversifier les soins fournis et que les comprimés suffiraient, cette théorie s'est avérée irréalisable. Les patients étaient libérés des hôpitaux et ils devaient faire seulement des contrôles en ambulatoire, hors de l'institut psychiatrique. Mais il a été prouvé, dès les années soixante, que ce procédé était une impasse et qu'il fallait revenir

Psychiatres

Modra laguna, Druzicova 12, 161 00 Praha 6 – Prague, République Tchéquie.



aux procédés antérieurs, lesquels devaient faire suite à la thérapie de base.

Dans ce domaine, il convient de rappeler le nom du psychiatre français de renom, Paul Sivadon, qui, hormis la fondation des centres psychiatriques importants que sont « La Ville Evrard » et « La Verriere », a déterminé le système de combinaison des soins fournis. Ce système ne repose pas uniquement sur les médicaments. Si les soins prodigués doivent être vraiment complexes, il faut les combiner avec d'autres domaines du psychisme à stimuler. Brièvement, il s'agit des 5 catégories suivantes :

1. Pharmacothérapie allopathique ou homéopathique, l'électro-convulsions, les méthodes thérapeutiques alternatives (acupuncture) ;
2. Psychothérapie individuelle ou collective, les techniques de relaxation ;
3. Kinésithérapie (balnéothérapie : traitement par l'eau, par électricité, éducation physique de traitement), les sports et la thérapie par les animaux (par ex. hippothérapie) ;
4. Ergothérapie (travail non seulement occupationnel) par ex. la céramique, la poterie, mais aussi la cuisine ou l'appartement thérapeutique ;
5. Sociothérapie : les méthodes d'expression verbale (thérapie par les livres, le théâtre, l'expression scénique, le drame psychique, le théâtre des sourds-muets, la création de marionnettes, la gymnastique psychique), la musicothérapie et la thérapie artistique créative (les méthodes simples et combinées, y compris le travail du bois et des métaux, la sculpture).

Ces domaines doivent être combinés dès le début du traitement. Il faut surtout choisir ceux qui marquent chez le malade un affaiblissement défallant. Dès après un séjour d'un mois à l'hôpital, on observe en effet un léger affaiblissement du savoir social. Pour cela il faut, avant de libérer le malade en dehors de l'hôpital, vérifier s'il est prêt à ce retour et à l'insertion dans la société. S'il s'avère que certaines personnes ne sont pas très sûres dans leur comportement, il faut les accompagner pour faire un tour dans un centre commercial, faire les achats, raviver les prix en mémoire. Il faut préparer, dans une cuisine d'entraînement, un déjeuner avec des aliments achetés, éventuellement laver et repasser, surtout si ces patients vivent seuls et n'ont personne pour les aider ou les conseiller. Cette activité a un sens aussi bien social que collectif, car elle offre une expérience comme la préparation collective d'un déjeuner et sa consommation.

Dans les années quatre-vingt, on a réussi à démarrer le développement des activités qui aidaient à solutionner les problèmes après le retour de l'hôpital.

Des institutions étatiques budgétaires ont été créées qui devaient solutionner cette situation. À côté des sanatoriums journaliers déjà existants (offrant les services médicaux et sociaux au cours de la journée, notamment dans la matinée et dans l'après-midi) et quelques sanatoriums de nuit (en général orientés vers la rééducation, gérés par des grands entreprises et destinés à leurs employés en bonne santé), où les clients venaient le soir et partaient le matin au travail, le besoin se fait sentir de créer des institutions à « mi-chemin ».

Les syndicats sont venus avec l'idée de séjours de mise en forme préventive dans des installations syndicales de récréation modernes, ou, pour des groupes choisis, menacés par l'effort (physique et psychique). Des séjours de deux semaines ont été offerts ; ils équivalent à un séjour dans les stations balnéaires classiques, mais sont orientés surtout vers la remise en forme. Après la Révolution de velours, ces projets ont pris fin et, à la place des soins organisés par l'Etat, les aspects économiques ont commencé à jouer un rôle important. Il s'est avéré que cette conception large des soins n'est pas lucrative et donc inintéressante économiquement.

Un autre domaine très à la mode est devenu un objectif intensément suivi : la thérapie et la rééducation des drogués. Plusieurs organisations non lucratives ont vu le jour (Drop-in, Sananim, etc.) y compris religieuses (par ex. Pater Bonus).

Au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt, on a réussi à faire adopter pour la santé publique un budget destiné aux soins post-hospitalisation qui ne faisaient que s'élargir. Le développement du premier contact a eu lieu, mais aussi des éléments nouveaux découlant du développement dynamique de la société.

Dans la capitale, aux trois institutions avec soins psychiatriques existants déjà, qui prodiguaient des soins généraux et à vie, deux autres maisons d' « hébergement et de soin » ont été ajoutées. Leur objectif était de fournir au patient stabilisé et libéré de la clinique, une surveillance discrète pour qu'il trouve éventuellement du travail et s'insère de nouveau dans la société. Le patient demandait une place dans un tel appartement déjà lors du traitement, et c'était pareil comme si après une opération orthopédique il demandait un séjour dans une station balnéaire ou dans un centre de rééducation.

Deux variantes s'offraient à lui :

1. Un appartement thérapeutique (un logement dans une maison classique a été octroyé à trois patients qui réapprenaient à y vivre individuellement et cependant ensemble). Une thérapeute et une assistante sociale venaient à des heures régulières de la journée. A part cela, l'appartement

fonctionnait indépendamment. L'objectif était d'assurer que le côté social et l'habilité soient également traités ; et c'est là où les patients psychiatriques échouaient le plus souvent. Le séjour dans un tel appartement durait 3 mois. Une autre variante était :

2. Le logement sécurisé, ou le client était encore plus indépendant, il vivait dans une garçonnière. Le séjour durait plus d'une année. Même ici, le client avait la possibilité de contacter le médecin, le psychologue ou l'assistante sociale.

Après la Révolution de velours, le financement de la santé était repris par des assurances qui ont conçu leur plan et refusaient de financer les affaires « secondaires » surtout là où il n'était pas possible de décrire, « de mesurer ou de peser » l'effet immédiat. Dans les années quatre-vingt, le développement de ces activités fut freiné et retardé alors que l'Etat a décidé de les mettre à la charge des associations civiles bénévoles. Mais ces associations manquaient en général d'argent, ce qui limitait l'objectif principal et le conduisait à disparaître totalement. Quand il était possible d'obtenir d'une fondation un soutien financier (à Prague par ex. la fondation BONA), ces activités étaient maintenues.

Les services des soins prolongés déjà existants (LDN) ont couvert un type de besoins spécifiques. Un grand champ de possibilités a été pris en charge par l'Eglise qui a commencé à rouvrir des hospices destinés à assurer une mort dans la dignité, quand les soins à la maison ou dans un hôpital classique n'étaient pas possibles, mais seulement des soins permanents et palliatifs. Des gens pour lesquels on pronostique une mort proche sont aujourd'hui placés dans ces antichambres de la mort.

Les malades de longue durée, souvent des personnes au début de la vieillesse, qui souffrent parallèlement de troubles psychiques et perturbent la vie dans des maisons de retraite classiques, restent un problème. Il s'est avéré qu'il y a très peu de places pour ces gens-là. Des lits manquent aussi pour les états avancés de Morbus Alzheimer, qu'il n'est pas possible de classer dans le spectre actuel des soins offerts, mais qui ne peuvent pas non plus être placés dans des maisons de soins psychiatriques. Etant donné que souvent il s'agit de gens grabataires, ils occupent des places dans des maisons des malades de longue durée, tandis que les hospices n'offrent que les soins des derniers jours... Ce problème n'a pas pu encore être résolu par la Santé publique tchèque.



Jan Cimicky lors du colloque de l'hôpital psychiatrique de Prague en mai 1994.



Fatima Asri¹



Imane Adali²



Fatiha Manoudi³



Imane Tazi⁴

Le perfectionnisme chez les étudiants universitaires à Marrakech

Introduction

Le perfectionnisme est un concept multidimensionnel, il peut être considéré à la fois comme un trait de personnalité, une motivation (drive), un comportement ou une maladie. Il fut introduit pour la première fois en 1977 dans la Classification Internationale des Maladies mentales (CIM-9) où il constituait un critère diagnostique pour le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive. Il est cité dans la même rubrique au niveau de la CIM-10, le DSM-III, le DSM-III-Révisé, le DSM-IV et DSMIV- Révisé. C'est une notion qui a été abordée surtout par les psychologues, qui considèrent que les personnes perfectionnistes visent un niveau si déraisonnablement élevé qu'elles ne peuvent pas l'atteindre et ne se jugent qu'en termes de rendement et de réussite (5).

Les études universitaires invitent les individus à faire de leur mieux et à se dépasser pour obtenir du succès. Cependant, certains étudiants entretiennent des niveaux d'attente irréalistes, ils sont à la recherche de l'inatteignable et l'inaccessible. Vu l'absence de travaux évaluant la prévalence du perfectionnisme en milieu universitaire au Maroc, nous avons mené cette étude auprès des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech et des étudiants de l'Ecole Supérieure de Commerce, afin d'analyser le comportement perfectionniste, d'évaluer sa

prévalence et son intensité, de détecter ses conséquences négatives, et d'apporter certaines réflexions pouvant aider les étudiants qui en souffrent.

Sujets et méthodes

Notre étude a été menée en milieu universitaire sur un échantillon de 250 étudiants du 2ème cycle universitaire ; dont 170 suivaient des études en médecine et 80 à l'école supérieure de commerce. Le choix de ces établissements s'est fait parce que l'accès à ces structures universitaires nécessite une présélection suivie d'un concours.

Les données ont été collectées durant l'année universitaire 2006-2007 à l'aide d'un questionnaire dûment rempli par les étudiants participant à l'étude et renseignant sur leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs habitudes toxiques.

Nous avons utilisé le Questionnaire sur le perfectionnisme de Rhéaume et coll (4) parce qu'il s'appuie sur une seule dimension : la recherche de la perfection, il permet d'étudier la prévalence du perfectionnisme, et il a été développé en vue de différencier deux de différencier deux types : le perfectionnisme adapté et inadapté.

Ce questionnaire comprend trois échelles indépendantes et 64 items ; la première échelle évalue les tendances perfectionnistes, la deuxième étudie les domaines concernés par le perfectionnisme et la troisième évalue les conséquences négatives du perfectionnisme. Les sujets qui rapportent de hautes tendances perfectionnistes (échelle 1) associées à peu de conséquences négatives (échelle 3) seraient des perfectionnistes adaptés, alors que les sujets qui rapportent de hautes tendances perfectionnistes associées à beaucoup de conséquences négatives seraient des perfectionnistes inadaptés.

1. Professeur agrégée en psychiatrie

2. Résidente en psychiatrie

3. Professeur assistante en psychiatrie

4. Professeur titulaire en psychiatrie, chef du service universitaire psychiatrique

Équipe de recherche pour la santé mentale, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC

Selon les scores obtenus à l'échelle des tendances perfectionnistes, une personne est considérée perfectionniste si elle a un score de 0-27, modérément perfectionniste si elle a un score de 28-42 et hautement perfectionniste si elle a un score de 43-50.

La dépression a été évaluée par l'inventaire abrégé de Beck qui comprend 13 items ; le score 0-7 indique qu'il n'y a pas de dépression, 8-15 indique une dépression modérée, et plus de 16 une dépression sévère.

Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique est l'EPI info dans sa 6^e version. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon global :

l'âge moyen des étudiants était de 22,14 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 27 ans. Le sexe féminin représentait 68 % de notre échantillon. Quarante vingt quatorze pour cent des étudiants étaient d'origine urbaine. Les célibataires représentaient 95,20 % des cas. Presque les deux tiers (68 %) étaient des étudiants en médecine. Vingt deux pour cent seulement avaient une activité parallèle aux études.

Antécédents psychiatriques et conduites addictives :

un antécédent de dépression a été noté dans 8,40 % des cas et 6,80 % avaient un antécédent de trouble anxieux. Un étudiant avait fait une tentative de suicide. La majorité des étudiants (94,40 %) n'avaient pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Les étudiants consommaient du tabac dans 14% des cas, de l'alcool dans 11,6 % et du cannabis dans 3,2% des cas.

Etude du perfectionnisme :

la prévalence du perfectionnisme était de 62,40 % (fig.1). 10,80 % de ces étudiants étaient hautement perfectionnistes (leur score se situait en dessous du 40^{ème} percentile sur

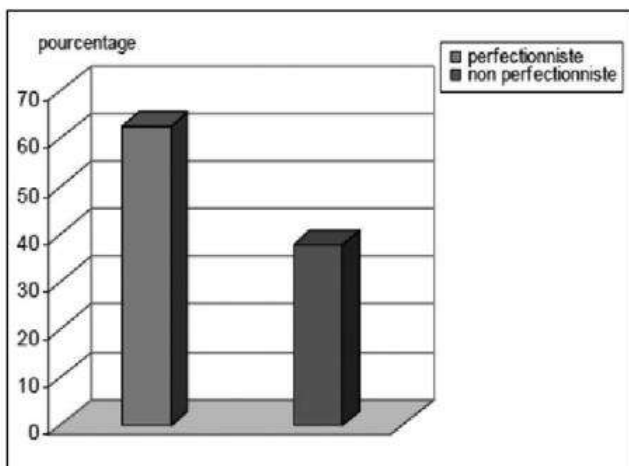


Figure 1 : La prévalence du perfectionnisme.

l'échelle des tendances perfectionniste) et 51,60 % étaient modérément perfectionnistes (leur score était au dessus du 90^{ème} percentile sur cette échelle) (fig.2).

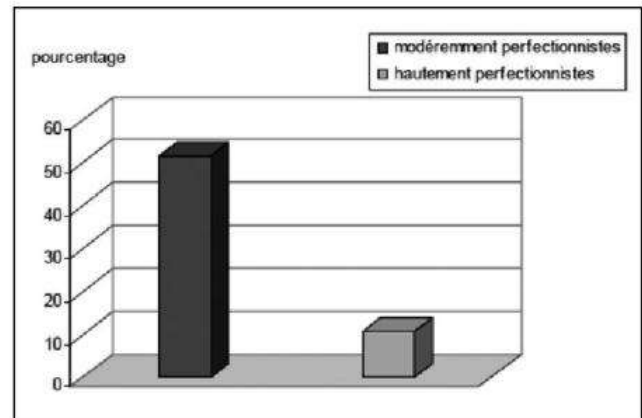


Figure 2 : L'intensité du perfectionnisme.

Les domaines concernés par le perfectionnisme étaient l'hygiène corporelle (92%), la tenue vestimentaire (90%), l'apparence physique (80%), l'expose présentation orale (83%) et la diction façon de parler (76%).

Soixante pour cent des étudiants étaient surtout très exigeants envers eux-mêmes, 50% envers leurs amis, 47% envers leurs parents et 38% envers leurs collègues.

Les sujets hautement perfectionnistes rapportaient significativement plus de conséquences négatives comparativement aux sujets modérément perfectionnistes (fig.3). Ces conséquences négatives étaient représentées par: le stress chez 57%, la dureté envers soi chez 52 %, le doute de soi chez 43 % et la peur d'entamer une tâche chez 44 % des étudiants.

Une dépression était retrouvée chez 28% des étudiants : modérée chez 26% et sévère chez 2%.

Caractéristiques socio-démographiques des étudiants perfectionnistes :

le perfectionnisme était plus important chez la tranche d'âge de plus de 22 ans. Les filles étaient plus perfectionnistes que les garçons. Les étudiants en médecine étaient plus perfectionnistes que les étudiants à l'école supérieure de commerce. Les deux sexes étaient surtout modérément perfectionnistes. Ces résultats étaient significatifs ($P=0,000$).

Les étudiants hautement perfectionnistes présentaient plus de stress que les étudiants modérément perfectionnistes, ils étaient durs avec eux-mêmes, doutaient d'eux-mêmes et avaient une peur d'entamer une tâche plus que les étudiants modérément perfectionnistes, ces résultats étaient significatifs ($P=0,000$) (fig.4).

Une dépression a été retrouvée chez 29 % des étudiants perfectionnistes. Les tendances perfectionnistes étaient importantes quelque soit le degré de la dépression, ce résultat n'était pas significatif ($P=0,589$). Les étudiants hautement perfectionnistes étaient significativement plus

| | Effectif | Moyenne | Ecart-type (Min-Max) |
|-----------------------------|----------|---------|----------------------|
| Modérément perfectionnistes | 129 | 66,06 | 21,0 (24-115) |
| Hautement perfectionnistes | 27 | 86,81 | 19,01 (47-120) |

Figure 3 : scores des conséquences négatives.

| Les caractéristiques de l'échantillon | Corrélation avec le perfectionnisme | Corrélation avec l'intensité du perfectionnisme (HP +MP) |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| -Age | P=0,03 | P=0,00 |
| -Sexe | P=0,00 | P=0,00 |
| -Etablissement d'étude | P=0,00 | P=0,00 |
| -Dépression | P=0,491 | P=0,00 |
| -L'intensité de la dépression | P=0,589 | - |
| -Stress | P=0,00 | P=0,00 |
| -Dureté envers soi-même | P=0,00 | P=0,00 |
| -Doute de soi-même | P=0,00 | P=0,00 |
| -Peur d'entamer une tâche | P=0,00 | P=0,00 |

Figure 4 : Corrélation entre le perfectionnisme et son intensité, avec les caractéristiques des étudiants.

déprimés que les étudiants modérément perfectionnistes ($P=0,000$) (fig.5).

Discussion

Le perfectionnisme est le besoin d'être, ou de sembler parfait. Les perfectionnistes sont persévérants, minutieux et organisés. Ils entretiennent non seulement des normes irréalistes mais ont tendance à se juger et juger leur entourage comme échouant à les atteindre. (10)

Il existe un multi déterminisme des origines du perfectionnisme, ainsi on incrimine des facteurs familiaux tel un environnement familial où l'amour et l'approbation sont conditionnels à la performance, des facteurs culturels tels les croyances morales et religieuses, le contexte économique, académique et professionnel qui peuvent véhiculer des croyances perfectionnistes, et enfin des facteurs dispositionnels tels la sensibilité des enfants aux renforcements et punitions, leur intériorisation des règles de façon extrême, et leur style d'attachement pouvant les exposer à développer et à maintenir le perfectionnisme. (7).

Il existe deux types de perfectionnisme : adapté et mésadapté ; Une personne qui présente un perfectionnisme adapté a des standards élevés pour elle-même, mais se sent généralement libre d'être plus ou moins précise ou parfaite selon les situations, alors qu'une personne qui présente

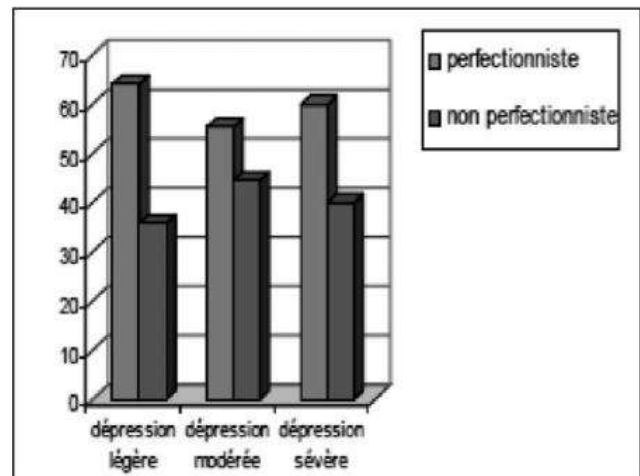


Figure 5 : Rapport entre le perfectionnisme et l'intensité de la dépression.

un perfectionnisme mésadapté possède des exigences très élevées pour elle-même et entretient la conviction qu'elle ne peut se permettre de commettre des erreurs. Elle exagère l'importance des tâches et situations et doit donc être parfaite dans tout ce qu'elle fait malgré qu'elle ne puisse atteindre ses objectifs (1)

Le perfectionnisme mésadapté est souvent comorbide à la dépression, aux troubles anxieux, aux troubles alimentaires, à l'insomnie chronique, au suicide ...etc.



Très peu d'études se sont intéressées à évaluer la prévalence du perfectionnisme chez la population générale ainsi que chez les étudiants. Burns estime en 1980, qu'environ la moitié de la population américaine manifesterait des traits de perfectionnisme (5). Dans une étude épidémiologique faite par Nestadt en 1991, le perfectionnisme est retrouvé à des degrés variables de sévérité chez 31 % de la population de la ville de Baltimore(12). Dans notre étude, 62,40 % de nos étudiants étaient considérés perfectionnistes. Cette prévalence élevée pourrait être expliquée par la nature de notre échantillon fait d'étudiants universitaires dont les deux tiers sont des étudiants en médecine, discipline considérée comme étant très compétitive.

Dans notre étude, les groupes hautement perfectionnistes et modérément perfectionnistes se distinguaient significativement au niveau de leurs scores moyens à l'échelle des tendances perfectionnistes et celle des conséquences négatives. Ces mêmes résultats étaient constatés par Bouchard et al, dans une étude faite en 1998 sur 627 étudiants canadiens (3).

Pour différencier le perfectionnisme adapté du perfectionnisme inadapté à partir des scores obtenus au niveau des tendances perfectionnistes et des conséquences négatives, nous avons calculé des Médiane-split.

Pour préciser le type du perfectionnisme présent chez nos étudiants, nous avons comparé nos résultats avec ceux de Réhaume et al dans une étude réalisée en 2000, sur 600 étudiants (4). La comparaison montre que la majorité de nos étudiants avaient surtout un perfectionnisme adapté (Tableau VIII).

Les tendances perfectionnistes étaient plus importantes chez les étudiants de plus de 22 ans dans notre étude. Ce résultat était significatif, et rejoint le résultat d'une étude Israélienne faite par Rim sur un échantillon de 100 étudiants de la faculté de génie industrielle et management qui a montré que les étudiants les plus âgés avaient un score de perfectionnisme plus élevé (11).

Les filles étaient plus perfectionnistes que les garçons dans notre échantillon. Ce résultat était significatif et concorde avec celui de Flett et al a montré dans une étude réalisée en 1991 que les femmes étaient plus perfectionnistes que les hommes (6).

Dans notre étude, les étudiants en médecine étaient plus perfectionnistes que les étudiants à l'école supérieure de commerce ; les étudiants hautement perfectionnistes étaient plus stressés que les étudiants modérément perfectionnistes, ces résultats étaient significatifs. Une étude faite sur 482 étudiants chinois a montré que le perfectionnisme est corrélé à des niveaux élevés d'épuisement professionnel. (13). Une étude récente réalisée en 2007 sur 240 étudiants à la Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech par l'équipe psychiatrique (Bounsir et al) a montré que ces étudiants avaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel (2).

Dans notre étude, 29 %des étudiants perfectionnistes présentaient une dépression. Les étudiants hautement perfectionnistes avaient plus de dépression que les étudiants modérément perfectionnistes, ces résultats étaient significatifs, et concordent avec les résultats de plusieurs études dont une étude turque réalisée en 2006 par Gençöz et al sur 210 étudiants, qui a montré que le perfectionnisme jouait

un rôle de modérateur entre les événements de la vie et les symptômes dépressifs (8), et une étude américaine faite en 2000 par Patrick et al sur 96 étudiants montrant que les étudiants qui ont des scores élevés de perfectionnisme présentaient des symptômes dépressifs importants par le mécanisme de rumination.(9)

Enfin, notre étude a été confrontée à plusieurs contraintes: d'abord, la rareté des études de la littérature qui déterminent la prévalence du perfectionnisme. En effet, la plupart se sont intéressées à étudier la relation entre le perfectionnisme et les autres pathologies psychiatriques.

Ensuite, l'utilisation dans notre travail du Questionnaire sur le perfectionnisme (QP) qui diffère de celui utilisé dans la plupart des études de la littérature qu'est l'échelle multidimensionnelle de perfectionnisme de Frost et coll. (1990) appelée échelle des standards personnels (ESP) ; ce qui nous a limités au niveau de la discussion des résultats. Néanmoins, notre travail a le mérite d'être le premier au niveau du Maroc à discuter du problème du perfectionnisme à l'échelle des étudiants universitaires.

Conclusions

La prise de conscience de l'occurrence des conséquences négatives et de leur pérennité chez les étudiants universitaires perfectionnistes doit inciter la mise en place de mesures préventives pour éviter l'émergence d'un perfectionnisme mésadapté.

Certaines recommandations semblent importantes, et permettront aux étudiants hautement perfectionnistes avec des conséquences négatives importantes d'éviter l'évolution vers un perfectionnisme pathologique, on citera entre autres :

- Être capable d'admettre ses erreurs et non pas les dramatiser.
- Affronter les peurs qui poussent à vouloir être parfait dont la peur de ne pas être aimé et la crainte du ridicule.
- Savoir qu'une attitude perfectionniste n'attire pas l'estime des autres.
- Développer la confiance en soi.
- Fixer des objectifs plus réalistes.
- Éviter de comparer ses propres performances avec celles des autres.
- Éviter l'épuisement académique, et pratiquer des activités parallèles aux études.
- Apprendre à contrôler ses émotions et ses pensées.
- Être capable d'évaluer de manière rationnelle l'importance à accorder à chacune de ses tâches.

- Savoir gérer son stress, et reconnaître les signaux de danger d'un perfectionnisme inadapté.
- Savoir modifier le mode de pensées, et remettre en question le système de valeurs.

Bibliographie

1. Boivin I, « Le perfectionnisme et les troubles anxieux », *Revue québécoise de psychologie*, 17, 1996, p:131-163.
2. Bonsir A, « Burnout chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech », Thèse de médecine, Marrakech 2008.
3. Bouchard C, « Responsabilité et perfectionnisme : étude expérimentale », Mémoire présenté à l'école de psychologie. Faculté des sciences sociales, université LAVAL ; Mars 1998.
4. BOUVARD M, Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, Perfectionnisme, Paris, Masson, 2^e édition, 2002, 295 pages.
5. BURNS DD, « Les obsédés de la perfection se vouent-ils à l'échec ? », *Psychologie*, 133, 198, p:48-55.
6. Flett GJ, Hewitt PL, Blankstein Kr, Koledin S, « Perfectionism and irrational thinking », *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Therapy*, 9, 1991, p : 185-201.
7. Frost RO, Lahart CM, Rosenblate R, « The development of perfectionism: A study of daughters and their parents », *Cognitive Therapy and Research*, 15, 1991, p:469-489.
8. Gencoz T, Dinc Y, « Moderator role of perfectionism between negative life events and depressive symptoms among turkish youth », *The International Journal of Social Psychiatry*, 52, 2006, p : 323-342.
9. Harris Ph, Pepper CM, Maack DJ, « The relationships between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination », *Personality and Individual Differences*, 44, 2008, p :150-160.
10. Hewitt P, Flett G, « Le perfectionnisme nuit à la santé mentale », *Virage*, 10, 2005, p:85-91.
11. Rim Y, « Ethical ideology, coping, perfectionism and age », *Scientia paedagogica experimentalis*, 39, 2002, p : 173-180.
12. Todrov C, Bazinet A, « Le perfectionnisme : Aspects conceptuels et cliniques », *Revue canadienne de psychiatrie*, 41, 1996, p:291-298.
13. Zhang Y, Gan Y, Cham H, « Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis », *Personality and Individual Differences*, 43, 2008, p : 1529-1540.



Simon A. Akpona et Coll.

ÉWÉ : Le pouvoir de la feuille (plante) dans l'ethno-pharmacopée en milieu Nagot (Tchabè)

Introduction

Le Yoruba-Nagot du centre du Bénin est tributaire de la grande majestueuse civilisation et des acquis de la culture du groupe Yoruba de l'Afrique au sud du Sahara. La phytonimie Yoruba dérive de sources variées et nous devons, à P. Verger, les études les plus poussées dans ce domaine. La présente étude tente de montrer la relation directe qui existe entre le nom de la plante et ses caractéristiques. En un mot, est-ce en raison de leurs vertus que les plantes portent leurs noms ou est-ce en raison du nom que la plante acquiert la vertu qui lui est ainsi attribuée par la force du verbe, c'est-à-dire de l'incantation.

Éwé ou le pouvoir de la plante en milieu Nagot

En examinant les différentes recettes thérapeutiques utilisées en milieu Tchabè, il est difficile de déterminer la part du à sè (pouvoir) de celle des vertus expérimentalement décelables attribuées à la plante. Éwé désigne en effet, la feuille, la plante, mais aussi, le pouvoir, la force mystérieuse qui se trouve dans la feuille, la plante en qui se trouve et se manifeste une vie.

Cette vie, c'est-à-dire, cette force de la plante, peut être exaltée grâce au pouvoir des ɔ̀dò (incantations) qu'il faut prononcer à différents moments de l'utilisation de la plante (collecte, confection, préparation, utilisation, etc.). Les incantations ont, en effet, une très grande importance dans les civilisations de tradition orale comme chez les Nagot-Yoruba où l'oralité est le mode privilégié de communication des savoirs endogènes.

Les incantations sont prononcées comme sentences, comme point de départ d'un raisonnement ou d'une action.

Les noms de plantes sont accompagnés, dans l'énoncé des incantations, décrivant leurs qualités spécifiques, dans le

cas considéré. Les vertus différentes sont attribuées à une même plante, en fonction de l'ensemble des autres plantes auxquelles elle est associée pour former la préparation de médicaments.

Malgré toute cette diversité de qualité, une constance existe cependant dans le symbolisme.

Éwé et thérapie en milieu Nagot

Chez le Nagot, la thérapie est toute une aventure intellectuelle et physique. Elle concerne le patient et le thérapeute.

Pour le thérapeute, c'est un engagement à mobiliser la feuille (éwé) au profit du patient. Pour le patient, c'est un pari. Ici, le consentement du malade a des conséquences qui vont se rapporter à trois lignes, trois directions qui sont :

- la réussite d'un métamorphisme avec l'espoir d'une amélioration de son état ;
- la compréhension et la maîtrise d'une pratique qui force l'adhésion et la compliance du malade ;
- l'agrégation à l'univers du thérapeute pour aboutir parfois à un apprentissage, une initiation, une conversion.

L'existence d'objets techniques, de figures et autres matérialisations, a pour conséquence de rendre la relation thérapeute-patient opératoire, partagée, compatissant et sympathique. L'objet développe la théorie spéculative, la démontre et la rend contagieuse. La garantie qu'il présente oblige le thérapeute à faire le pari de l'intelligence du patient qui peut alors situer avec plus de précision, la théorie de son thérapeute.

Ici, le thérapeute construit son univers en référence à des objets du monde sensible et banal pour mieux frapper l'imagination du patient alors subjugué !

C'est la raison pour laquelle, dans la typonymie des éwé, on en distingue différentes variétés :

1. Akọ éwé : famille des feuilles masculines en raison de leurs vertus énergétiques ; ce sont :

- Éwé inan, feuille de feu
- Éwé aragba,
- Éwé essissi

- Éwé oloyin
 - Etc..
2. Éwé rọ : famille des feuilles féminines à cause de leurs vertus de feuilles antidotes, de calmant. Ce sont :
- éwé òdùndùn
 - éwé tètè
 - éwé rinrin, et
 - éwé ikúp ẹ̀ `rọ`

Le système de classification des plantes

En pays Yoruba-Nagot, la classification des plantes se fait en fonction des critères qui se fondent sur :

- l'odeur dégagée par la plante,
- sa couleur,
- la texture des feuilles et la réaction au toucher associée à la sensation que procure la plante au toucher.

Sur la base de ces critères pris isolément ou en association, il apparaît que nous avons un ou plusieurs noms pour désigner la même plante, en fonction des zones et des localités considérées. Cela explique la complexité, et surtout, la difficulté qu'éprouve le thérapeute quand il quitte son milieu naturel d'exercice.

Cela permet également de comprendre les exigences du rituel d'initiation et la nécessité pour l'élève de suivre le maître dans les champs pour la cueillette. Cependant, à travers toute l'aire culturelle, les modalités de cette cueillette sont immuables et univoques. Il est fonction du temps, de la nature ou variété de maladie à traiter, et enfin, du but visé par le thérapeute. Après la cueillette, l'utilisation de la plante est assujettie au pouvoir du verbe qui renforce l'efficacité de la feuille

En effet, chez le Yoruba, la préparation des remèdes et "travaux" à base des plantes et d'ingrédients divers s'accompagne obligatoirement d'incantations, ọ̀fò, sans lesquelles ces remèdes ne pourraient pas agir. Ces ọ̀fò, formules incantatoires, sont de courtes phrases où, très souvent, le verbe agissant qui définit l'action attendue est une des syllabes du nom de la plante ou de l'ingrédient employé.

Il existe aussi des incantations pour procurer le bonheur, awuré oriré, pour être aimé d'une femme ou d'un homme. Par exemple, éwé lamulé évoque l'idée de retenir quelqu'un à la maison ou d'attraper un voleur. Elles sont appliquées pour :

- qu'une femme infidèle reste à la maison,
- être protégé contre les voleurs.

Enfin, la liaison entre le nom de la famille et l'action attendue ne se limite pas toujours au seul verbe ; elle peut se manifester par une phase brève ou longue, autour du verbe agissant dans les ọ̀fò qui accompagnent la préparation des remèdes.

Ce système s'applique également aux plantes introduites plus ou moins récemment dans la région. C'est le cas du maïs, plante originaire d'Amérique et dont les diverses par-

ties entrent dans la composition des produits appartenant au domaine magique. En effet, les feuilles du maïs (éwé àgbàdo) sont utilisées pour obtenir le bonheur et son ọ̀fò dérive d'une chanson bien connue de tous les enfants :

- Oriré ni t'àgbàdo (bis)
- Àgbàdo rin hòhò d'oko
- O m'aso bowalé, Oriré ni t'àgbàdo.
- *Le maïs a de la chance (bonheur) (bis)*
- *Le maïs va au champ nu*
- *Il revient à la maison, tout habillé ; le maïs a du bonheur*

Le maïs (épis) (odidi àgbàdo) est utilisé dans un médicament pour obtenir un accouchement facile. Ce médicament s'utilise sous le "Odù agbé tun omo pon" "agbé porte de nouveau un enfant au dos".

L'enveloppe de l'épis de maïs est utilisée dans une recette pour qu'une femme enceinte se sente légère. Ce médicament est sous le odù : "Ogbé Otura olaso funfun". "Ogbé au vêtement blanc".

La typonimie en milieu Yoruba

Le nom d'une plante est fonction du rôle et de sa fonction thérapeutique et, un seul nom Yoruba peut désigner parfois des plantes d'une ou de plusieurs familles. Quelques exemples illustrent bien ce que nous disons :

- *éwé amùjè* qui étanche le sang à cause de sa couleur et de sa propriété coagulante. Toutes les plantes dont les actions sont apparentées seront appelée amùjè.
- *Éwe bùjè* est le nom donné aux plantes servant à donner des teintures pour les tatouages et à noircir les cheveux. La gamme des plantes qui entrent dans la confection des différentes couleurs seront désignées par ce nom ou par dérivé signifiant;
- *éwé dagunrò* ("met fin à la guerre") est le nom de certaines plantes à épines genre *Acanthospermum hispidum* qui est utilisé dans le traitement des hépatites virales, de l'herpès et d'autres viroses soit en application, soit en décoction.
- *Éwé éssissi* : est le nom donné aux plantes dont les feuilles et les fruits sont couverts de poils urticants et à certaines plantes non urticantes mais dont la forme des feuilles rappelle les orties. Ces plantes sont réputées retournées les mauvais sorts à celui qui l'a envoyé.
- *Éwé ewùro* ("feuille amère") : est le nom donné aux feuilles qui ont une saveur amère et entrant dans la composition de certains médicaments contre le diabète, la constipation ...
- etc.

Beaucoup de recettes, de médicaments sont sous les signes de odù de Ifà en liaison avec le verbe agissant. Il existe deux cent cinquante-six (256) odù de Ifà (signes). Le prêtre de Ifà (babalàwo) se retrouve dans le symbolisme des odù et l'utilisation des noms peu connus du commun des hommes, lui donne le prestige qui s'attache à ceux qui ont la connaissance des choses cachées.

Par exemple, pour obtenir la bonne grâce des sorcières, le odù ọ̀sà méjì devient ọ̀sà ọ̀lẹ̀yọ (ọ̀sà propriétaire d'oiseau) et ogbé ogùdà s'appelle dans ce contexte, ogbé iyọ̀ nu iyàmi pour établir les liens verbaux avec les iyàmi ọ̀sọ̀rọ̀ngà. Le ọ̀fò qui suit ce type de médicament est significatif :

- Ogbé iyònú jẹ́ kí inù àjẹ́ yó sí mí
- Igbàgbà gbà mí l'owo ajẹ́
- O oyo nlo ni kí won yo nu sí mí
- Ekuku nlo ni kí ibi won kù danù
- *Ogbé iyonu, fait que les sorcières soient contentes (satisfaites) de moi*
- *O oyo a dit qu'elles seront clémentes à mon égard*
- *Ekuku a dit que leur méchanceté à disparu (me concernant)*

Il existe ainsi des odù pour accompagner les médicaments, pour :

- s'enrichir (iretẹ́ alajẹ́) ;
- qu'une femme accouche sans difficulté ;
- protéger une maison contre les mauvaises influences ;
- etc.

Il y a, presque toujours, une assurance entre les différents éléments constitutifs du médicament et l'élément, l'objet ou la situation pour lequel il est destiné. Cela met en phase ou en relation les incantations muettes, les mots matérialisés

et certains "ingrédients" investis d'un certain pouvoir en vertu de leur nom.

Les mots matérialisés, en s'associant aux ingrédients parfois hétéroclites, constituent un discours figuré dans une demande qui opère en liaison étroite avec le langage. Il apparaît, ici, une correspondance, une similitude presque parfaite entre l'imprécation prononcée et les objets présents dans le rituel.

Les ingrédients et autres objets sont alors des imprécations figurées dont l'imprécation verbale est la transcription littérale « objets inanimés ». Avez-vous une âme qui s'attache à notre âme ... » !!

Certains rituels thérapeutiques apparaissent donc comme un ensemble de choses matérielles auxquelles une valeur de signes est conférée par un certains nombres de procédés; l'ensemble constituant un messages que l'on peut exprimer en terme de langage articulé.

Conclusion

En milieu Yoruba-Nagot, traiter une maladie est un art complexe. Il met en présence fonctionnelle la nature sous toute ses formes, le savoir, le savoir faire du thérapeute et interpelle l'adhésion totale du soigné.



LES VOIX DU TRANSFERT

21 ET 22 NOVEMBRE 2009 – THÉÂTRE DE CAVAILLON

L'association vaclusienne « **Le point de Capiton** » fête ses 20 ans : ses fondamentaux depuis sa création sont l'articulation du sujet et du collectif, la transdisciplinarité et l'interpellation de la psychanalyse par l'art. Les thèmes abordés par ce colloque : le 21 au matin « L'insu de la langue », le 21 après midi « Polyphonies dans le collectif », le 22 au matin « Présence de l'amour ? », le 22 après midi « Ce que la création doit au silence ».

Renseignements et inscription : au 04 90 86 55 25
et par courriel : lepointdecapiton@hotmail.fr

XX^{èmes} RENCONTRES NATIONALES DE PERINATALITE DE BEZIERS

29 et 30 AVRIL 2010 – PALAIS DES CONGRES

« LE FUTUR DU BÉBÉ, LE BÉBÉ DU FUTUR »

La vie relève le défi de se maintenir par la **reproduction** des êtres à l'identique. L'évolution a changé la donne avec la **procréation**, où 2 êtres différents donnent naissance à un 3^{ème} aussi différent, favorisant les fantasmes des hommes à exercer le pouvoir en quête de maîtrise ; mais quel est l'impact, moralement ? En faisant le bilan des évolutions principales observées dans l'abord de la période périnatale au cours des dernières décennies, reconnaissons au **petit d'homme** sa place, son historicité en qualité de **citoyen du monde**, et essayons de projeter le **futur du bébé** et le **bébé du futur...**

Notes de lecture



L'hôpital de Jour pour enfants

Paul Marciano
Éditions Érès, février 2009

Paul Marciano, comme Mila Ramon l'a raconté dans le numéro 54 au sein de la rubrique d'Actualité scientifique, a été à l'honneur lors de l'inauguration le 30 janvier dernier du centre pédopsychiatrique Anne Franck de l'hôpital de Béziers, en tant qu'inspirateur de ce projet pendant de longues années. Cette consécration n'est survenue qu'après son départ à Marseille. Paul Marciano est un pédopsychiatre du service public « engagé » dans la promotion de ses idées et leur mise en application. Ce livre didactique présente son expérience de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie avec des points tels que le « référent » au sein de l'équipe, le travail d'analyse dans les réunions, les activités (marionnettes, musicothérapie, théâtre, psychodrame, conte, poney, etc...). L'auteur insiste longuement sur les prises en charge pluri-institutionnelles où l'hôpital de jour n'est qu'un élément du puzzle thérapeutique.

Cette vision a inspiré directement la création du centre Anne Franck.

Cet ouvrage est à lire absolument et pas seulement par les pédopsychiatres car les remarques de Paul Marciano à propos des enfants et de l'hôpital de jour devraient interpeller la psychiatrie des adultes. Je relèverai simplement cette phrase qui conclut sur les réunions : « *Enfin, comment nous, professionnels, pouvons-nous tenter de déconflictualiser et de pacifier le monde interne de l'enfant si nous continuons d'alimenter avec autant de vigueur les conflits qui nous opposent ?* »

Jean-Paul Bossuat

PsyCause

Transmettre, protéger le corpus psychiatrique

APPEL A COMMUNICATIONS

Maréchal-ferrant, rempailleur, pompiste...psychiatre. Certains métiers semblent inéluctablement voués à disparaître. La psychiatrie comme système cohérent de pratiques et d'objectifs vit ses dernières heures nous dit-on. Tout change, rien n'est éternel, la psychiatrie que nous avons connu n'était elle que le luxe du XX^e siècle qui l'a vu naître, devenu incongru aux heures âpres qui surviennent?

Destinée à être dissoute dans l'acide de la crise, écartelée entre une re-neurologisation néo-kreapélienne de la maladie mentale pour laquelle tout est affaire de chimie et une gestion (sociale) sécuritaire de la santé mentale qui nous promet, promet une nouveau grand renfermement, la psychiatrie convulse, souffre, agonise. Si elle disparaît, qu'y a t-il à en garder?

Une génération s'en va. Elle a connu la psychiatrie institutionnelle, la psychiatrie de secteur, la psychanalyse, l'essor des psychothérapies. Elle voudrait bien transmettre son savoir, ses pratiques, passer le relais mais elle constate que la génération actuelle, formatée par d'autres logiques, d'autres contraintes risque de perdre, par méconnaissance, le fruit du travail et des avancées des trente dernières années.

Faudra-t-il que la psychiatrie maranise, lui faut-il enterrer préventivement ses trésors dans les cryptes du savoir pour qu'ils soient redécouverts, peut-être, en d'autres temps plus féconds, moins difficiles.

Vallis clausa, Vaucluse...Ici pourra-t-on contribuer à la résurgence future d'une psychiatrie certes régénérée mais ne reniant pas son histoire, ses acquis, son éthique, sa dimension démocratique et collective.

PsyCause organise
le jeudi 10 mars 2010
au CH de Montfavet

une journée de transmission à travers communications et tables rondes
et invite chacun à venir échanger sur ce qui lui apparaît essentiel à pérenniser.

Pour proposer une communication, pour participer, contacter
Didier BOURGEOIS.
Psycause@orange.fr
T:-0490039149-F: 0490039148

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)

Brigitte Manivel (Avignon)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Paris)

Rachel Bocher (Nantes)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Fayaud (Thuir)

Jean-Yves Feberey (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orler (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Jacques Peyre (Montpellier)

Rémi Picard (Avignon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Jacques Rustan (Toulouse)

Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Dominique Texier (Thonon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Tatiana Beregovaïa (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Marielle Fontaine (Avignon)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Alain Gavaudan (Marseille)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Carole Mitaine (Antibes)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Dominique Schneider (Strasbourg)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béehir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquoie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquoie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquoie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquoie)

Kapouné Karfo (Ouagadougou,

Burkina Faso)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Caméroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngy Szilagy (Budapest, Hongrie)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquoie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

■ Conseil Scientifique

Thierry Albernehe (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Daniel Bley (Arles)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Françoise Deramond (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Régis Polverel (Martigues)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer à :

PsyCause
Secrétariat du secteur 27 – A l'attention de Chantal Roose
Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.

Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).

Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

- **Bibliographie** :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).