Sous la direction de
Sarah Chiche et Jean-François Marmion

Les mots pour comprendre

La psychologie

Éditions Sciences Humaines

Sous la direction de Sarah Chiche et Jean-François Marmion

Les mots pour comprendre

La Psychologie

Éditions Sciences Humaines

Table des matières

Couverture

Titre

Copyright

Introduction

A

- Addiction
- Alliance thérapeutique
- Analyse transactionnelle
- Antipsychiatrie
- Anxiété
- Attachement
- Autisme

B

- Béhaviorisme
- Bipolaire
- Borderline
- *Burn-out*

C

- Classification
- Cognitivisme
- Conscience
- Constructivisme
- Cyberpsychologie

D

- Damasio, Antonio (1944)
- Dangerosité
- Dépression
- Développement
- Développement personnel

Diagnostic

Dissonance cognitive

Dolto, Françoise (1908-1988)

DSM

Dyslexie, dysphasie…

E

EMDR

Émotions

Empathie

Épidémiologie

Épigenèse

Estime de soi

Ethnopsychiatrie

Évolutionniste (psychologie)

F

Freud, Anna (1895-1982)

Freud, Sigmund (1856-1939)

G

Génétique

Gestalt

Groupe

H

Humanisme

Hyperactivité

Hypnose

I

Identité

Imagerie cérébrale

Inconscient

Intelligence

Les théories de l'intelligence

• Conception unitaire : un facteur g

• Conception multifactorielle

• Une synthèse

• Les intelligences multiples

- • Théorie triarchique
- • D’autres intelligences ?
- • Une approche globale de la personnalité
- • Une théorie constructiviste de l’intelligence
- • L’ancrage social du développement

J

- James, William (1842-1910)
- Janet, Pierre (1859-1947)
- Jung, Carl Gustav (1875-1961)

K

- Klein, Melanie (1882-1960)

L

- Lacan, Jacques (1901-1981)
- Langage

M

- Manipulation
- Mécanismes de défense
- Mémoire
- Méthode de recherche
  - • Les entretiens cliniques
  - • Les tests psychologiques
  - • L’observation
  - • La méthode expérimentale
- Milgram, Stanley (1933-1984)
- Mindfulness

N

- Narcissisme
- Neuro
  - • Neurosciences cognitives
  - • Neuropharmacologie
  - • Neuromédiateurs
  - • Neuroéconomie et neuromarketing
  - • Neurophilosophie
  - • Neuroéthique
  - • Neurothéologie

• Neuropsychanalyse
• Neuropédagogie
Neurones
Neuropsychologie
Névrose
O
Œdipe
P
Palo Alto
Paranoïa
Personnalité
Perversions
Phobie
Piaget, Jean (1896-1980)
Pinker, Steven (1954) & Susan (1957)
Plasticité
Positive (psychologie)
Psychanalyse
Psychosomatique
Psychopathe
Psychose
Psychothérapies
Les différentes psychothérapies
• Les thérapies familiales
• Les thérapies de groupe
• Les thérapies de couple
• L'hypnose
• La psychanalyse et les thérapies psychanalytiques
• Les thérapies psychocorporelles et émotionnelles (bio-énergie, analyse primale, psychodrame émotionnel, etc.)
• Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)
• Les thérapies de la communication (Analyse transactionnelle, Gestalt-thérapie, thérapies systémiques, etc.)
• Les thérapies humanistes
• L'approche centrée sur la personne
• Les thérapies de soutien et d'accompagnement
• L'EMDR

- Les thérapies en réalité virtuelle

Psychotropes

Q

Q.I.

R

Résilience

Rêve

S

Schémas

Schizophrénie

Sexualité

Sociale (psychologie)

Stimulation magnétique transcrânienne

Surdoué

Systémique

T

TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives)

Tests

TCA (Troubles du Comportement Alimentaire)

Troubles mentaux

TOC (Troubles obsessionnels compulsifs)

Topiques

Travail

W

Winnicott, Donald (1896-1971)

Z

Zazzo, René (1910-1995)

Contributeurs

Maquette couverture et intérieur : Isabelle Mouton.
Crédit de couverture : ©AdobeStock.

Retrouvez nos ouvrages sur
www.scienceshumaines.com
www.editions.scienceshumaines.com

Diffusion et Distribution :
Interforum

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre moyen, le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du droit de copie.

© Sciences Humaines Éditions, 2020
38, rue Rantheaume
BP 256, 89004 Auxerre Cedex
Tél. : 03 86 72 07 00/Fax : 03 86 52 53 26
ISBN = 978-2-36106-597-3

Introduction

Une mère achète deux cravates à son fils, une rouge et une bleue. Le premier jour, il met la cravate rouge. La mère s'étonne : « Tu n'aimes pas la cravate bleue ? » Le lendemain, le fils arbore la cravate bleue. La mère réagit : « Tu n'aimes pas la cravate rouge ? » Le troisième jour, le fils met les deux cravates. « Mais tu veux me rendre folle ! », s'épouvante la mère.

Si ce livre s'ouvre sur un trait d'esprit illustrant ce que l'anthropologue américain Gregory Bateson appela la « double-contrainte », c'est parce qu'assumer son identité et faire des choix, c'est aussi renoncer à d'autres orientations. D'emblée, il nous a fallu évacuer toute ambition encyclopédique. L'ouvrage que vous tenez entre les mains n'est pas un dictionnaire, mais un laboratoire d'idées. Ces mots ne sont pas des définitions statiques, mais le reflet de théories et de concepts en mouvement. Nous proposons donc un état des lieux des grandes évolutions qui ont marqué l'étude du comportement des individus et de leurs processus mentaux depuis un siècle, destiné à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie, du néophyte au praticien, en passant par l'étudiant ou l'autodidacte.

Alors que les psychologues, ces dernières années, ont surtout fait parler d'eux au cours de ce que les médias ont qualifié de « guerres des psys », nous assumons notre éclectisme et parlerons aussi bien de psychologie évolutionniste, de neurosciences, de plasticité cérébrale ou de neurones miroirs que d'inconscient, de transfert, de narcissisme ou de psychosexualité freudienne. Nous préférons donner au lecteur les moyens d'apprécier sur quels bords, exactement, se tiennent les protagonistes. Chaque psychologue a sa sensibilité. Mais ce qui les réunit tous, c'est leur intérêt pour la diversité humaine et leur goût de la transmission.

Bonne lecture !
Sarah Chiche & Jean-François Marmion

A

Addiction

Rivé à son écran, Luc, 19 ans, ne sort plus de chez lui. Anne, 45 ans, est alcoolique, son mari l'a quittée, elle ne voit plus ses enfants et continue à boire. Lydia, 30 ans, héroïnomane, passe son temps à rechercher de l'argent pour s'injecter sa dose et s'effondrer, enfin sereine. Leur point commun ? Tous trois sont des *addicts* : leur vie tourne autour de leur drogue, que celle-ci soit une substance ou bien autre chose.

Le terme « addiction » a émergé durant les années 1970 dans le vocabulaire de la psychiatrie nord-américaine, pour désigner initialement la dépendance à l'alcool ou aux drogues. Depuis, il s'est répandu et s'est étendu à d'autres conduites engendrées à partir d'actes ordinaires (boire, jouer, acheter…) mais déviées de leur but premier – l'*addict* étant celui pour qui la mauvaise habitude (« je bois trop ») devient identité (« je suis alcoolique »).

À partir de quand est-on dépendant à l'alcool ? Quelle est la différence entre une personne qui aime faire l'amour et un drogué du sexe ? Pour les psychiatres, l'addiction implique un comportement répétitif, impératif et contraignant, que l'on ne peut cesser malgré des tentatives répétées. D'ailleurs, étymologiquement, l'addiction est le « don de son corps en gage pour une dette non payée » : la locution latine *ad d'ictus* qualifiant celui qui « est dit à », c'est-à-dire l'esclave. Et en effet, il y a bien dans l'addiction une soumission totale à un objet ou à une personne qui prend le pas sur tout le reste : investissements affectifs ou familiaux, loisirs ou activités sociales. L'addiction place l'individu dans un état de manque terrifiant lorsqu'il ne peut s'y adonner, avec des conséquences sociales et sanitaires souvent importantes.

Lorsque nous nous adonnons à une activité agréable, nous enclenchons les circuits cérébraux de la récompense : l'état de notre cerveau est modifié. Quand le plaisir disparaît, notre cerveau revient à l'état initial. Ce mécanisme d'équilibre s'appelle homéostasie. Toutes les drogues fonctionnent comme des leurres de nos mécanismes naturels de récompense et provoquent un dérèglement de notre équilibre cérébral : quand elles ne sont plus présentes, elles manquent. L'état pendant lequel la drogue agit

devient l’état normal – on parle d’allostasie. Tous les produits qui déclenchent une dépendance ont en commun d’augmenter la quantité de dopamine dans les circuits de la récompense. Curieusement, les addictions sans drogue semblent aussi dérégler notre système de récompense. C’est le cas par exemple du jeu pathologique : selon les psychiatres, l’attente du gain mimerait des prises répétées de cocaïne…
Aux États-Unis, l’addiction sexuelle n’a cessé de prendre de l’importance tant sur le plan psychiatrique que juridique et médiatique. Désormais, un homme marié pris la main dans le sac peut plaider l’addiction sexuelle. Ce n’est plus forcément un sale type qui trompe sa femme, mais un malade souffrant d’addiction. À ce titre, il peut se racheter une conduite, se soigner, et éviter un divorce coûteux.
Ce changement de paradigme entraîne une question centrale : si l’addiction est bien un trouble mental, dans quelle mesure relève-t-elle aussi de la construction sociale, c’est-à-dire de l’étiquetage arbitraire et changeant d’un spectre de conduites qui va à l’encontre des normes d’une époque et d’une culture données ?

Alliance thérapeutique

Accord de confiance réciproque entre un patient et son thérapeute pour vaincre les résistances qui font obstacle au changement et à la guérison. Freud est le premier à en donner une définition dans l’*Abrégé de psychanalyse* en 1938 : « Un pacte est conclu. Le moi malade du patient nous promet une franchise totale, c’est-à-dire la libre disposition de tout ce que son auto-perception lui livre. De notre côté, nous lui assurons la plus stricte discrétion et mettons à son service notre expérience dans l’interprétation du matériel influencé par l’inconscient. » La notion acquiert toutes ses lettres de noblesse à partir de 1956, quand l’Américaine Elizabeth Zetzel en fait la composante privilégiée de la technique psychanalytique, rapprochant même l’attitude du thérapeute de l’intuition maternelle concernant son bébé. On le voit, l’alliance thérapeutique pose la question des limites de l’action du thérapeute pendant la cure et les réponses varient considérablement non seulement en fonction des écoles, des thérapeutes, mais aussi des patients. Certains chercheurs et cliniciens soutiennent que l’alliance thérapeutique est une pré-condition nécessaire à l’établissement d’un processus thérapeutique. D’autres estiment même qu’elle serait la

première condition de réussite d'une thérapie, quels que soit la nature des mesures utilisées et le type de traitement offert. À noter qu'aujourd'hui le terme est particulièrement usité dans la clinique des toxicomanies, où il évoque aussi bien l'engagement dans la thérapie, sa poursuite, le respect du cadre des rendez-vous, que la prise du traitement.

Analyse transactionnelle

Dans les années 1950, le psychiatre américain Éric Berne (1910-1970) théorise trois états possibles du moi : le parent (protecteur et autoritaire), l'enfant (joueur, soumis ou rebelle) et l'adulte (centré sur l'analyse et la résolution de problèmes). Ces trois états régissent nos émotions et nos interactions au gré de nos expériences, des circonstances et des états manifestés par autrui. À la fois comme psychothérapie et comme mode de communication (les échanges sont des « transactions »), l'analyse transactionnelle vise à harmoniser cette triade. Une personne équilibrée serait donc celle chez qui ces trois états du moi sont répartis de manière équitable : ni trop, ni pas assez parent, enfant ou même adulte… Dans les années 1970, une thérapeute américaine, Jacqui Schiff, prétendit guérir les schizophrènes en les « reparentant ». Cette controverse historique entraîna sa radiation de l'Association Internationale d'Analyse Transactionnelle (ITAA) en 1978 et les dérives totalitaires de ses méthodes et de ses théories sur le reparentage ont clairement été démontrées. Les pratiques de type reparentage n'existent plus aujourd'hui en analyse transactionnelle, en raison du risque d'emprise qu'elles entraînent. Dans son rapport de 2006, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) pointe les dérives qu'« une pratique inappropriée de l'analyse transactionnelle est susceptible d'engendrer ». Ce rapport ne remet pas en cause l'ensemble des théories et des pratiques de l'analyse transactionnelle, utilisée comme méthode pour les psychothérapies brèves et, dans le monde du travail, comme outil pour résoudre les problèmes de communication.

Antipsychiatrie

À la fin des années 1950, le psychiatre américain Thomas Szasz proclame que la maladie mentale n'existe pas mais participe d'un mythe : aux

inquisiteurs de l'Église auraient succédé les psychiatres assurant l'enfermement des sujets indésirables pour le corps social. La finalité arbitraire des pratiques asilaires serait donc de bâillonner toute contestation des normes en prétextant la folie, notion vide de sens. Dans les années 1960, le psychiatre britannique David Cooper (1931-1986), avec ses confrères Ronald Laing (1927-1989) et Aaron Esterson (1923-1999), lance le terme d'antipsychiatrie. Pour eux, la psychiatrie doit se renouveler en apprenant de ceux qu'elle désigne comme fous, et qui ne font rien d'autre qu'essayer de préserver leur liberté face aux déterminismes sociaux. Le trio fonde en 1965 la *Philadelphia Association* : celle-ci promeut des lieux d'accueil où les patients vivent dans une liberté absolue, sur un pied d'égalité avec leurs soignants. Des trois *households* ainsi ouvertes, la plus célèbre sera celle du Kingsley Hall, en banlieue londonienne, jusqu'en 1970. Les usages psychiatriques habituels ne faisant selon lui qu'aggraver les symptômes psychotiques, Laing recommande d'accompagner les patients dans leur *métanoïa* (ou transformation psychique et spirituelle) jusqu'à sa résolution spontanée : pour lui, la psychose aiguë non contrariée est donc un processus naturel et, à terme, constructif.

Inspirés par l'existentialisme mais aussi par Michel Foucault – dont l'*Histoire de la folie à l'âge classique* (1961) décrit la médicalisation de la folie et son corollaire de « grand enfermement » comme l'expression d'un pouvoir normatif –, Laing et Cooper affichent leur sympathie pour des mouvements politiques d'extrême gauche n'excluant pas le recours à la violence, tel celui d'Herbert Marcuse.

Dirigée au départ contre certaines pratiques asilaires – comme l'électrochoc ou la camisole de force –, le mouvement s'étend aux principes mêmes de la médecine mentale et conteste la distinction entre fou et sain d'esprit.

En Italie, le directeur de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, Franco Basaglia, réclame la disparition des communautés thérapeutiques elles-mêmes. Son activisme, au côté du mouvement *Psychiatria Democratica*, fondé par ses élèves, contribuera, en 1978, au renouvellement complet de la politique italienne de santé mentale et à l'abolition de la loi de 1904 régissant l'internement.

En France, la psychanalyste Maud Mannoni invite Cooper et Laing à s'exprimer lors d'un colloque lacanien en 1967, mais prendra ses distances avec eux, en affirmant la nécessité de soigner les troubles psychiques.

L’antipsychiatrie britannique aura finalement moins d’impact dans l’Hexagone, marqué depuis la fin de l’Occupation par la prédominance du désaliénisme : les médecins du service public se montrent déjà soucieux de repenser la psychiatrie avec, d’une part, la politique de sectorisation initiée depuis 1960 autour du psychiatre Lucien Bonnafé et, d’autre part, le développement des thérapies institutionnelles, où les patients sont incités à agir sur la structure sociale de leur établissement. En France, à l’initiative de François Tosquelles, l’hôpital de Saint-Alban fut pionnier en la matière dès 1943. Depuis 1953, la clinique de La Borde, longtemps dirigée par Jean Oury et Félix Guattari, expérimente une « psychiatrie libérée ». Si le mouvement antipsychiatrique perd de son impact dès le début des années 1980, il aura cependant contribué à changer le regard de la société sur les malades mentaux. On se souvient de ce mot du psychiatre Lucien Bonnafé : « On juge une société à la manière dont elle traite ses fous. »

Anxiété

L’angoisse est, comme la joie ou la tristesse, un phénomène universel, qui plonge ses racines dans la question de l’Être. Qui suis-je ? D’où viens-je ? Qu’est-ce que la mort ? Ce questionnement a été abondamment traité, de Saint Augustin à Sartre, en passant par Pascal, Kierkegaard et Heidegger. Au XIX^{e} siècle, chez les médecins français, l’angoisse prend une valeur concrète, physiologique, et ils la distinguent de l’anxiété, qui est morale. Mais au XX^{e} siècle, l’anxiété est réabsorbée dans l’angoisse. Freud donne un statut autonome aux états anxieux lorsqu’il parle en 1895 de la névrose d’angoisse, caractérisée par un état constant d’anxiété et d’inquiétude. Il considère d’abord l’angoisse comme secondaire au refoulement : l’affect sexuel délié de la représentation refoulée est transformé en angoisse. Plus tard, il en fait un « signal » devant l’imminence d’un danger, notamment interne ; l’angoisse est donc ici un processus de défense mis en place par le moi, face à l’afflux d’excitation pulsionnelle.

L’angoisse occupe une place centrale dans l’œuvre de Melanie Klein. Dans ses premiers écrits, elle lie l’angoisse aux conflits avec la sexualité infantile propres au complexe d’Œdipe. Plus tard, elle fait de l’agressivité de l’enfant à l’égard du corps de sa mère et de ses contenus fantasmatiques la cause de l’angoisse. En déployant son agressivité, l’enfant craint d’être attaqué en retour. Lacan insistera, lui, sur le fait que l’angoisse « n’est pas sans objet ».

Tout le travail de la cure consiste précisément à mieux cerner cet objet. Pour illustrer l'angoisse comme « affect du désir de l'Autre », Lacan se sert d'une image très parlante, celle de la mante religieuse. « Imaginons, dit-il, que je porte un masque et que je me trouve face à une mante religieuse. L'angoisse surgit quand je ne sais pas quel masque je porte et donc ce qui pourrait m'arriver. L'Autre va-t-il me dévorer ? Que me veut-il ? Quel objet suis-je pour son désir ? »

Depuis la publication du *DSM-III* (la troisième édition du *Diagnostical and Statistical Manual*, le manuel américain de classification des troubles psychiatriques de l'Association psychiatrique américaine) en 1980, la névrose d'angoisse s'est dissoute dans le groupe des troubles anxieux. Progressivement, l'angoisse s'est vidée de toute visée d'objet (elle n'est plus angoisse de) comme de toute épaisseur existentielle (elle n'est plus une épreuve de vérité pour le sujet). Parallèlement, la neurobiologie des troubles anxieux lie leur apparition à des perturbations fonctionnelles survenant en premier lieu dans trois systèmes de neurotransmetteurs : les systèmes GABA-ergique, noradrénergique (NA) et sérotoninergique (5-HT). Le GABA est le principal inhibiteur des réactions excessives des systèmes neuronaux. La noradrénaline et la sérotonine contrôlent et canalisent les informations reçues de façon à permettre l'adaptation de l'organisme à l'environnement. Dans la dernière version de ce manuel, le *DSM-5*, on compte parmi les troubles anxieux :

• **Le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)**, qui serait le type de trouble anxieux le plus répandu, avec une prévalence de 5 % à 12 % selon les pays.

Elle se caractérise par la peur de l'humiliation et de l'embarras lors de situations publiques. Les symptômes incluent une peur sociale excessive et persistante, qui cause un désir d'éviter certaines situations et une réduction des capacités fonctionnelles en société.

• **Le trouble panique** est caractérisé par l'irruption soudaine d'attaques de paniques. Leurs symptômes parfois spectaculaires sont source de grande souffrance pour le sujet et suscitent souvent l'incompréhension de l'entourage : accélération du rythme cardiaque, transpiration excessive, difficulté à respirer, nausée, tremblements, voire impression de dépersonnalisation et de déréalisation.

• **La phobie spécifique** (des araignées ou des voyages en avion, par exemple).

• **L’agoraphobie**, qui ne désigne pas la peur de la foule mais celle de se retrouver sans échappatoire ou sans défense, dans un lieu public ou non.
• **Le trouble d’anxiété généralisée (TAG)**, qui se distingue par une inquiétude excessive et une hypervigilance constante vis-à-vis des activités ou des événements du quotidien. Avec une prévalence sur la vie entière de 4 % à 7 %, les TAG et les troubles mixtes anxiodépressifs sont les formes qui prédominent dans la pratique médicale quotidienne.
Mais aussi les troubles anxieux dus à une substance, un médicament ou une autre affection médicale, l’anxiété de séparation ou le mutisme sélectif (l’impossibilité de s’exprimer dans des contextes précis, par exemple en milieu scolaire ou familial).
Deux troubles, relevant des troubles anxieux dans les éditions précédentes, sont désormais classés dans des catégories à part du DSM-5 :
• **Le trouble de stress post traumatique** (TSPT), qui est un état similaire à l’attaque de panique, mais qui se différencie en ayant une cause bien connue : un événement traumatisant, tel qu’un viol, un accident, un désastre naturel, une guerre ou un attentat. Un exemple souvent cité est celui du soldat qui a fait la guerre et qui, une fois rentré chez lui, est toujours traumatisé par ce qu’il a vécu. Le TSPT se caractérise notamment par des retours mnésiques (*flashbacks*) en état d’éveil ou sous la forme de cauchemars. Lors de ces récurrences, l’individu va revivre l’événement qui l’a traumatisé avec une charge émotionnelle presque aussi intense que lors de l’événement lui-même.
• **Le trouble obsessionnel compulsif** (TOC), qui comprend l’obsession et la compulsion. Une obsession est une pensée ou une idée envahissante dont il est impossible de se débarrasser et qui crée de l’anxiété. Une compulsion est un comportement presque incontrôlable que l’individu adopte pour réduire l’anxiété causée par son obsession.
Une fois encore, tout est une question de degré : il est tout à fait normal de vivre un sentiment de peur ou d’inconfort lors d’une situation dangereuse ou stressante. Mais si un individu ressent tout cela sans raison et sans avoir été exposé à un réel danger et que son angoisse entraîne de manière permanente ou discontinue une souffrance significative, on parle à ce moment-là de trouble anxieux. À noter toutefois qu’une anxiété intense peut être présente dans certains autres troubles psychiques et associée à d’autres pathologies, comme la dépression ou la schizophrénie.

Attachement

John Bowlby (1907-1990) vécut péniblement ses primes années : pourvu d'une mère distante, il reporta toute son affection sur sa nounou, en fut privé ensuite et se retrouva en internat. Il en conçut quelques griefs. Devenu, en 1946, psychiatre à la clinique Tavistock de Londres, il développera une théorie qui lui vaudra un grand succès : celle de l'attachement. Dès les années 1930, les travaux de l'éthologue Konrad Lorenz montrent l'existence d'un mécanisme d'« empreinte » chez l'animal. L'empreinte s'effectue dans une période sensible et précoce du développement, durant laquelle le nouveau-né fixe ses préférences à l'égard de sa mère ou de ses congénères. Durant la guerre, le psychanalyste René Spitz montre que l'absence prolongée de contact entre une mère et son enfant, plus l'isolement de ce dernier, entraînent des troubles graves du développement affectif.

En 1958, dans un article intitulé « The Nature of Love », publié dans *American Psychologist*, l'éthologue Harry Harlow met en évidence le rôle tout à fait secondaire de la nourriture dans le tissage des liens entre mère et enfant. Rappelons cette célèbre expérience : on enlève des singes nouveau-nés à leur mère pour les mettre en contact avec des mères artificielles fabriquées avec des fils métalliques et une tête de bois, et recouvertes de tissus pelucheux. À l'intérieur de ces fausses mères, on place des biberons, avec des tétines en caoutchouc, correctement inclinés pour que le bébé puisse s'accrocher et téter. L'idée de génie de Harlow fut de fabriquer deux types de « fausses mères » : l'une pourvue d'une peau en tissu à poils doux mais ne distribuant pas de lait, et l'autre, faite de fils métalliques, mais distribuant du lait. Résultat : si le bébé-singe se dirige d'abord vers la nourrice pourvue de lait, il reste la plupart du temps accroché à celle revêtue d'un tissu à poils. La même année, Bowlby affirme que l'attachement est un « besoin primaire » du nourrisson et non pas, comme le soulignait notamment Freud, un besoin « secondaire » consécutif aux soins et à la nourriture apportés par la mère. En d'autres termes, l'enfant a un besoin spécifique de contact, de relation et de chaleur affective, et cet attachement à une personne est nécessaire à son équilibre. Bowlby, qui a étudié de jeunes délinquants séparés de leurs mères dans la petite enfance, insiste sur la sensibilité de l'enfant face à son vécu et à ce qui peut mettre en danger sa relation avec la figure d'attachement. Il s'applique à démontrer l'importance de l'angoisse de la séparation chez l'enfant en bas âge. Ses

thèses se heurteront à des protestations de féministes qui l'accusent de préconiser un retour des femmes au foyer.
Or, rien dans la théorie de Bowlby n'exige que la mère assume seule et à plein temps le rôle de figure d'attachement. Le bébé peut disposer d'autres figures protectrices : père, grand-parent, nourrice, voire éducateur dans un lieu d'accueil chaleureux.
Sa disciple directe, Mary Ainsworth, a produit une typologie fine des relations mère-enfant (attachement sécurisé, ambivalent ou évitant). De nombreuses études ultérieures – dont les travaux de Boris Cyrulnik – insisteront sur le fait que l'existence de plusieurs lieux d'attachement peut être un facteur de résilience. Si l'enfant ne tire pas les bonnes cartes au départ, la bonne rencontre avec une autre figure d'attachement pourra lui fournir les bases d'un lien sécurisant.

Autisme

Pour le DSM-5, le trouble du spectre de l'autisme (TSA, anciennement catégorie des troubles envahissants du développements ou TED) se caractérise par des altérations majeures des interactions sociales et des modalités de communication, et par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Les premières descriptions systématiques de l'autisme ont été publiées au début des années 1940 par les psychiatres Hans Asperger et Leo Kanner. À côté de l'autisme de Kanner, caractérisé par trois critères (troubles des interactions sociales, troubles de la communication verbale, gestes répétitifs et stéréotypés), les TSA incluent d'autres formes d'autisme, notamment le syndrome d'Asperger.
Désormais, de nombreux auteurs préfèrent employer le terme au pluriel (« les autismes ») pour insister sur la variabilité des troubles, même s'il existe un noyau dur commun. Ainsi, on pourra diagnostiquer des troubles autistiques dans les deux cas suivants. Un enfant de 3 ans, dont les parents s'inquiètent de l'absence totale de langage, a peu d'interactions avec eux, ne joue pas avec les autres, préférant rester seul assis dans l'herbe en se balançant d'avant en arrière, et passe des heures à faire tourner les roues de sa petite voiture. Un enfant de 10 ans normalement scolarisé, mais totalement introverti, qui parle d'un ton monocorde et ne sait pas verbaliser ses émotions ; dans certains domaines (géométrie, mathématique, mémoire), il a des performances très supérieures à la normale. Il connaît par

cœur le plan du métro, le nom de toutes les stations, les trajets de chaque ligne, mais ne supporte pas que l'on change un trajet habituel pour aller à un endroit donné. Le premier cas relève d'un cas typique d'autisme précoce et très marqué ; le second concerne le « syndrome d'Asperger », où l'on retrouve les traits caractéristiques de l'autisme (isolement, absence de lien social, conduites stéréotypées), mais où le sujet ne présente pas de déficit cognitif, a des difficultés à comprendre les émotions d'autrui et possède des talents cognitifs extraordinaires (« îlots d'aptitude »).

La prévalence de l'autisme est estimée à 1 % de la population générale. Chez les « vrais » jumeaux monozygotes, lorsqu'un jumeau est atteint d'autisme, l'autre a 70 % de risques de l'être également. En revanche, dans le cas de jumeaux dizygotes (les « faux » jumeaux), le risque pour le second jumeau tombe à 4 %. Des cas d'enfants élevés en pouponnière en Roumanie et laissés dans un état de grande privation affective et éducative ont été décrits comme des cas proches de l'autisme (*autistic-like*).

Mais le temps n'est plus où l'on attribuait l'autisme à des difficultés de relation de l'enfant avec sa mère – thèse popularisée par le psychanalyste Bruno Bettelheim dans *La Forteresse vide* (1967). Aujourd'hui, certains psychanalystes sont partisans d'une approche intégrative du trouble, associant une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique. D'autres continuent cependant à faire fi des découvertes scientifiques des trente dernières années et affirment que l'autisme est une psychose où la mauvaise mère serait la cause de tout.

En 2012, l'autisme a obtenu le label de « Grande Cause Nationale ». La Haute Autorité de Santé (HAS) a rendu un rapport qui a fait grand bruit : pour la première fois en France, les approches psychanalytiques ont été déclarées « non consensuelles » dans la prise en charge de l'autisme et les méthodes éducatives et comportementales, préconisées. Ces méthodes, comme ABA (*Applied Behavior Analysis)* ou TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), font le pari d'une modification du comportement et visent à favoriser l'autonomie de la personne autiste et son intégration.

Mais leurs détracteurs insistent sur leur caractère normatif. Il s'agirait, selon eux, de déprogrammer et de conditionner un individu comme on le ferait avec un robot, pour qu'il s'adapte à tout prix à une norme sociale, sans se soucier de sa singularité et de ses différences. Sur Internet, des parents témoignent de leur double peine : au chagrin d'avoir un enfant autiste

s’ajoute souvent celui d’un diagnostic établi après des mois d’attente, et débouchant sur une prise en charge liée, disent-ils, au bon plaisir du praticien, avec l’insinuation encore très répandue que si l’enfant est ainsi, c’est qu’il fut, ou qu’il reste, mal aimé.

Depuis les années 2000, les progrès réalisés ont permis d’identifier les variants de certains gènes incriminés dans la genèse de l’autisme, perçu par la communauté scientifique comme un trouble neurodéveloppemental, c’est-à-dire affectant le développement du cerveau. Beaucoup de ces gènes codent des protéines impliquées dans la communication entre neurones, ce qui est cohérent avec les anomalies structurales et fonctionnelles repérées dans le cerveau autiste. Toutefois, il n’y a pas « un » gène de l’autisme, et sur la multitude de gènes probablement impliqués, on n’en a trouvé que quelques-uns, qui n’ont qu’un impact assez faible et ne font qu’augmenter la vulnérabilité. On ne peut donc pas dire que le porteur de tels variants de tels gènes va automatiquement développer le trouble. Confrontés à un trouble, ou plutôt à un ensemble de troubles d’une complexité inextricable, c’est dans un dédale bourré de chausse-trappes que les neuroscientifiques cherchent la pierre de Rosette de l’autisme, reconnu en France comme un handicap depuis 1996.

B

Béhaviorisme

Le mot « béhaviorisme » (ou « comportementalisme ») a été inventé par John B. Watson dans un article publié en 1913 dans la *Psychological Review*, « Psychology as the Behaviorist Views It » (« La psychologie telle que le béhavioriste la voit »). Contre la méthode de l'introspection psychologique, Watson soutient que la psychologie ne peut devenir une science que si elle s'en tient à l'observation objective des conduites. La psychologie se veut donc la science des comportements (*behaviors*) observables. L'autre idée centrale du béhaviorisme est que les comportements humains sont le produit du « conditionnement », forme d'apprentissage où le sujet apprend à associer une conduite R (= réponse) à un stimulus (S). Watson a donc généralisé l'idée que les comportements humains sont le résultat d'apprentissages conditionnés.

L'Homme est conçu comme un être très malléable. Il réagit à des stimuli extérieurs en fonction de réflexes qu'il a acquis. Watson avait ainsi montré, à partir du cas du « petit Albert », comment une phobie des rats pouvait être créée artificiellement.

Il écrit : « Donnez-moi une douzaine de nourrissons en bonne santé (…) et le monde que je veux pour les élever, et je vous garantis que je peux faire de n'importe lequel d'entre eux n'importe quel type de spécialiste de mon choix – un docteur, un homme de loi, un artiste, un commerçant de génie et même, oui, un mendiant et un voleur, quels que soient ses talents, ses penchants, ses tendances, ses aptitudes, ses appels et la race de ses ancêtres. »

Le béhaviorisme a eu une influence déterminante sur la psychologie américaine des années 1930 aux années 1960. L'Américain Clark L. Hull, contemporain de Watson, élargira et formalisera le modèle S/R dans ses *Principles of Behavior* (1943). Mais c'est Burrhus F. Skinner qui deviendra le nouveau chef de file de l'école béhavioriste à la suite de Watson. À la fin des années 1960, le béhaviorisme subit les assauts d'un nouveau modèle en psychologie : l'approche cognitive. Les tenants de la psychologie cognitive lui reprochent d'avoir laissé de côté l'étude des « états mentaux » et

représentations mentales au profit des seuls comportements extérieurs observables. En quelques années, le béhaviorisme va être submergé par la vague de la psychologie cognitive.
Une approche « néo-béhavioriste » va renaître dans les années 1980, sous des formes nouvelles, à travers le courant connexionniste, qui conçoit les processus mentaux comme le produit d'interactions entre neurones conduisant la formation de réseaux stables, comparable aux trajets entre « stimulus » et « réponse » du béhaviorisme traditionnel.

Bipolaire

Peu de personnes avaient entendu parler du trouble bipolaire avant qu'il soit introduit en 1980 dans le *DSM-III*, le manuel diagnostique de l'Association psychiatrique américaine, et c'est seulement en 1996 qu'un groupe de médecins du Massachusetts General Hospital émit l'hypothèse d'un trouble bipolaire caché chez les enfants diagnostiqués comme souffrant de trouble de l'attention avec hyperactivité. Pourtant, quiconque googlise « trouble bipolaire » sur Internet a toutes les chances d'apprendre que cette maladie est vieille comme le monde. C'est juste, nous dit-on, un nouveau nom pour ce qu'on appelait auparavant la psychose maniaco-dépressive (PMD), un trouble de l'humeur se caractérisant par une alternance d'états d'hyperactivité maniaque et de dépression profonde qui était déjà décrit par Hippocrate et d'autres médecins antiques. Pour faire bonne mesure, on ajoute souvent que Newton, Van Gogh et Schumann en souffraient et même lui devaient leur génie (on trouvera sur Wikipédia une liste de célébrités bipolaires). Le lecteur en retire forcément l'impression que le trouble bipolaire est une maladie connue depuis toujours. Mais ne s'agit-il pas d'une illusion rétrospective ?
Les Grecs parlaient de « manie » (*mania*) et de « mélancolie » (*melancholia*), mais ces termes recouvraient toutes sortes de délires hyperactifs et de stupeurs léthargiques dont la majorité étaient vraisemblablement causés par des états infectieux ou post-infectieux, ou encore par la maladie de Parkinson ou l'hypothyroïdisme. Les médecins antiques s'en tenaient aux manifestations visibles des maladies qu'ils décrivaient, de sorte que nous n'avons aucun moyen de savoir si ces manifestations correspondaient à ce que nous conceptualisons de nos jours sous le nom de trouble bipolaire. Pour que la bipolarité au sens moderne

puisse être repérée, il a fallu attendre une redéfinition profonde de ce qu'on pensait sous le nom de « folie ». Ce développement commence au début du XIXe siècle avec les « monomanies affectives » d'Esquirol (notamment la « lypémanie », première élaboration de ce qui deviendra notre moderne dépression) et aboutit en 1882 à la « cyclothymie » et la « dysthymie » de Kahlbaum. Il a fallu aussi qu'on soit en mesure d'observer et de comparer le cours des divers troubles psychiques sur la durée, à partir du moment où l'on a regroupé les malades mentaux dans des asiles. Avant cela, il eût été impossible de différencier, comme le firent Falret et Baillarger en 1854, une « folie circulaire » ou « à double forme » caractérisée par une alternance régulière d'excitation maniaque et de dépression mélancolique. À partir de là, il restait à Kraepelin à nouer tous ces fils dans ce qu'il proposa d'appeler en 1899 la « psychose maniaco-dépressive », en la distinguant de la « démence précoce » (rebaptisée plus tard « schizophrénie » par Bleuler).

Une chose toutefois semble claire : quelle que soit la maladie que les uns et les autres ciblaient sous des noms divers, elle était relativement rare. Sur la base des 3 872 dossiers d'admissions à l'asile de Denbigh au Pays de Galles entre 1875 et 1924, l'historien David Healy arrive à un chiffre de dix cas sur un million par an, soit 0,001 % de la population générale. Or, en 1994, le *National Comorbidity Study* estimait par exemple que 1,3 % de la population américaine souffrait de trouble bipolaire. Quatre ans plus tard, le psychiatre Angst portait ce chiffre à 5 %, soit 5 000 fois plus de cas que le chiffre avancé par Healy. Et pourtant, on nous dit toujours que le trouble bipolaire n'est qu'un nouveau nom pour l'ancienne PMD.

En fait, le terme de trouble bipolaire a été introduit simultanément en 1966 par Angst et Perris, qui s'inspiraient des travaux de Kleist et Leonhard sur la distinction entre troubles « unipolaires », qui se présentent toujours de la même façon, et troubles « multipolaires », qui ont une présentation différente selon les cas. Dans cette perspective, ils proposaient de séparer nettement les dépressions unipolaires des troubles bipolaires (ce que ne faisait pas Kraepelin, pour qui les deux faisaient partie d'une seule et même maladie maniaco-dépressive). Mais comment distinguer en pratique une dépression unipolaire d'une dépression bipolaire chez un patient n'ayant pas encore eu un épisode maniaque ? Et pourtant, au lieu de voir dans cette incohérence une raison de rejeter le nouveau paradigme proposé par Angst et Perris, les psychiatres se sont ingéniés à colmater celui-ci à grand renfort d'innovations nosographiques supplémentaires. C'est ainsi

qu’on a commencé à distinguer le trouble bipolaire I, dont relèvent les patients ayant été hospitalisés pour des épisodes à la fois dépressifs et maniaques, et le trouble bipolaire II, correspondant aux patients n’ayant été hospitalisés que pour un épisode dépressif. Autrement dit, toute personne hospitalisée pour une dépression pouvait désormais être soupçonnée d’être en fait bipolaire. On parle maintenant d’un « spectre bipolaire » qui comprend, outre les troubles bipolaires I et II, la cyclothymie (version atténuée du bipolaire II) et le trouble bipolaire « non autrement spécifié » (où l’on peut mettre quasiment n’importe quelle instabilité affective) – à quoi certains en rajoutent d’autres encore.
Alors qu’on considérait classiquement que la PMD s’éteint avec l’âge, on entend de plus en plus parler du trouble bipolaire gériatrique (TBG). Des vieillards déprimés ou agités se voient diagnostiqués bipolaires pour la première fois de leur vie et on leur prescrit des antipsychotiques ou des anticonvulsants. De même, on admet dorénavant que le trouble bipolaire peut frapper dès la petite enfance et non pas seulement à partir de l’adolescence comme on pouvait le lire jusque-là dans les manuels de psychiatrie à propos de la PMD. Comment dès lors en est-on arrivé à appliquer un diagnostic aussi lourd que celui de l’ex-psychose maniaco-dépressive à des adultes vaguement déprimés et/ou irritables, à des enfants turbulents et à des vieillards souffrant d’Alzheimer ? Est-ce simplement que la science psychiatrique a fait des progrès et nous permet de mieux discerner une maladie aux contours jusque-là ignorés ? Il existe une autre explication, plus cynique : l’expansion continue du diagnostic de trouble bipolaire profite à de grands labos pharmaceutiques désireux de vendre des médicaments marketés pour cette maladie…

Borderline

Les « états-limites » furent d’abord décrits en psychiatrie dès 1884 par Charles H. Hughes pour caractériser des états oscillant entre les limites de la folie et de la normalité. Mais c’est le psychanalyste Adolf Stern qui, en 1938, reprend le terme *borderline* en insistant sur l’« hypersensibilité » de ce type de sujets, leur « rigidité défensive » et leur « peu d’estime de soi ». La notion apparaît ensuite en 1951 dans un article du *Psychiatric Quarterly*, sous la plume de Victor W. Eisenstein, avant de connaître une exposition considérable.

L’existence de cas limites est l’un des grands débats au sein de la psychanalyse. Freud avait, dans *Analyse avec fin et analyse sans fin* (1937), émis l’idée que tout névrosé possède un moi en partie psychotique. En 1945, Otto Fenichel évoque la présence de troubles de nature psychotique dans d’autres troubles que la psychose elle-même. Plusieurs travaux ultérieurs (Rosenfeld, Bergeret) soulignent que les états-limites reposent sur l’angoisse de perte de l’objet, une insécurité interne constante, des attitudes de mise à l’épreuve de l’entourage incessantes et le passage à l’acte comme décharge de l’angoisse. En reprenant des théorisations de Donald W. Winnicott et de Wilfred R. Bion, André Green contribuera à faire des états-limites un concept opératoire à part entière.

Dans *La Folie privée*, il les décrit ainsi : « Ces cas se situent entre les névroses classiques et les psychoses avérées : à la frontière. Car limite désigne le fait que la ligne fragile qui sépare le dehors et le dedans, le moi et l’autre, est mal assurée. De là une perturbation de l’identité personnelle, un douloureux sentiment de vide, une aspiration vers le rien. »

Pour Lacan et certains de ses élèves, il s’agirait en revanche d’un concept fourre-tout pour remplir un vide supposé entre névrose et psychose, face aux difficultés rencontrées par certains praticiens confrontés chez des patients à des manifestations de transfert inhabituelles au cours de la cure. Pour d’autres, comme Jacques André, « la confrontation à la problématique des états limites a, pour la psychanalyse, le premier mérite de la contraindre à se réinventer. »

Selon le *DSM-5*, la personnalité *borderline* se définit par au moins cinq des critères suivants : instabilité relationnelle, avec alternance d’idéalisation et de dévalorisation ; forte impulsivité et prise de risque dans au moins deux domaines (sexualité, toxicomanie, conduite automobile…) ; instabilité d’humeurs ; fortes colères sans raison réelle ; menaces suicidaires et/ou automutilations ; troubles de l’identité ; sentiment d’ennui, de vide ; peur d’être abandonné ; réactions disproportionnées au stress.

De même que l’hystérie fut la pathologie-phare de la fin du XIX^{e} siècle, notre époque serait celle de la prolifération de pathologies limites, qui se feraient l’écho d’un malaise dans la civilisation ? Tout comme il y eut une épidémie de « bipolaires » ou de « troubles de la personnalité multiple », on voit fleurir un abondant sur-diagnostic de *borderline*. Le terme est tellement popularisé, qu’il a fait l’objet d’une chanson de Madonna. C’est aussi le titre d’un roman – au demeurant fort réussi – de Marie-Sissi Labrèche. On

trouve même sur la Toile des tests en ligne dont les questions ratissent si large que, tout comme l'étudiant de première année de médecine se croit affublé de toutes les maladies, un internaute non averti aura tôt fait de s'auto-diagnostiquer *borderline*.

Burn-out

Le psychologue Herbert Freudenberger (1926-1999), de la *New School for Social Research* à New York, est un des premiers à employer le terme dans un article consacré à l'épuisement professionnel. Avoir un *burn-out* c'est se consumer à petit feu au travail, imploser. C'est surtout à partir de 1981 que l'intérêt grandit, lors de recherches signées par deux psychologues, Susan Jackson et Christina Maslach (1946). Selon leur modèle tridimensionnel, le *burn-out* présente trois caractéristiques : un épuisement émotionnel, un sentiment de dépersonnalisation (avec une absence croissante d'investissement), et une perte d'efficacité comme d'épanouissement personnel. D'autres modèles seront proposés au fil des années, soulignant l'affaiblissement des ressources du sujet concerné (modèle de préservation des ressources d'Arie Shirom, modèle dit de l'exigence-ressources d'Evangelia Demerouti…). Le *burn-out* serait une conséquence possible du stress professionnel, engendrant progressivement des symptômes dépressifs s'étendant peu à peu de la vie quotidienne, bien au-delà de la seule sphère du travail. L'individu s'efforce alors de faire face, utilisant des stratégies qui finissent par se retourner contre lui, comme l'hyper investissement. Sept facteurs de risque sont souvent invoqués : une surcharge de travail, des conflits et ambiguïtés de rôle (vie privée empiétée, exigences contradictoires de la hiérarchie, imprécision des tâches exigées…), conflit de valeurs, manque de contrôle, reconnaissance insuffisante, absence de soutien social, absence d'équité. Le travail ne représente plus une source d'épanouissement mais d'avilissement, d'absurdité, principalement chez les personnes dotées d'une conscience professionnelle réelle. Il s'agit donc de bien autre chose que du simple surmenage, et surtout que de la paresse. Le problème du *burn-out* est que non seulement aucun modèle réellement consensuel ne s'est imposé, mais qu'il existe de surcroît plusieurs dizaines de définitions du syndrome, dont près de 130 manifestations possibles ont été répertoriées, apparaissant différemment selon les sujets et les situations. Qui frappe-t-il ? 5 % des salariés suivant une fourchette basse, mais peut-

être 10 %, et même 25 % selon les études ! Réservé jadis aux travailleurs sociaux, aux soignants et aux enseignants, il a fini par s'étendre à toutes sortes d'emplois salariés, mais aussi aux patrons, et même aux personnes qui s'épuisent à chercher un emploi. Voilà même qu'on en parle pour les parents dépassés par leurs enfants, pour les enfants dépassés par l'école, par les enseignants dépassés par les élèves… Bientôt un *burn-out* du *burn-out* ? Cela ne veut pas dire qu'il ne repose sur rien, mais qu'il tombe à pic pour montrer qu'il y a quelque chose de pourri dans le monde du travail, plus généralement du libéralisme, et de notre société entière, tout comme les risques psychosociaux dans lesquels il s'inscrit, avec le harcèlement par exemple.

Et puis, coup de théâtre : dans les années 2010 apparaissent des évocations du *bore-out*, conséquence d'un stress professionnel engendré non par une surcharge, mais par une pénurie de travail ! Une maladie honteuse qui concernerait le secrétariat, l'administration territoriale, les salariés placardisés, les tâches devenues obsolètes avec Internet, et *tutti quanti*.

C

Classification

Décrire et classer les maladies mentales est une préoccupation des médecins depuis l'Antiquité. Hippocrate et Galien, les pères de la médecine, s'attachent à décrire certains troubles comme la manie, l'épilepsie, l'anoia (qui deviendra la démence) ou la mélancolie. Cette classification restera la référence jusqu'à l'âge des Lumières. Après la Révolution française, la psychiatrie s'érige en discipline médicale et le statut de « malade » remplace celui de « fou ». Les premiers grands systèmes de classification des maladies mentales insistent sur la prise en compte du traitement psychique (on disait aussi moral) des troubles. À l'aube du XX^{e} siècle, médecins et psychiatres se livrent à une taxinomie rigoureuse d'un grand nombre de troubles psychiques. Au même moment, Freud pose le postulat que névrose, psychose et perversion ont des causes nichées dans l'inconscient.

L'avènement des neuroleptiques dans les années 1950 dans le traitement des psychoses, l'utilisation grandissante des antidépresseurs et l'essor des thérapies comportementales et cognitives (TCC) à partir des années 1960, vont changer la donne. En 1980, le *DSM-III* remet totalement en question l'étiologie des troubles mentaux.

La nouvelle classification du *DSM* repose sur une comptabilité de signes et de symptômes en quelque sorte « naturalisés » dans une démarche catégorielle. On reproche souvent au *DSM*, tout comme à la Classification Internationale des Maladies (CIM, 11^{e} version attendue pour 2022) de l'OMS, de faire le lit des laboratoires pharmaceutiques. Les partisans du *DSM* et de la CIM insistent sur le fait qu'elles restent cependant le meilleur moyen pour les psychiatres de différents pays de correspondre entre eux et d'approfondir leurs connaissances sur des médicaments utiles qu'ils utilisent tous les jours. À noter que la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) est davantage utilisée par les psychiatres français, de par son approche psychodynamique.

Mais les contours qui séparent une maladie d'un état psychologique « normal » sont fluctuants : où se trouve la frontière entre la déprime passagère et la dépression ? Ensuite, certains symptômes peuvent être présents dans des maladies très différentes : par exemple, des hallucinations peuvent se retrouver chez un alcoolique ou un schizophrène. Inversement, une même maladie peut avoir des manifestations cliniques différentes. Enfin, l'étiologie des maladies est multiple et toujours discutée. Dans l'histoire de la psychiatrie, trois grands types de facteurs ont été invoqués pour rendre compte des troubles mentaux : biologiques (génétique ou neurologique), psychologiques (affectif, comportemental, cognitif) et sociaux (familial, institutionnel, contextuel). Chaque mode d'explication renvoie à une thérapie spécifique. Aujourd'hui, il est assez généralement admis que ces trois approches ne sont pas exclusives les unes des autres. Certains troubles, comme le retard mental profond, peuvent avoir des causes entièrement génétiques, tandis que d'autres (comme la dépression) peuvent résulter d'une combinaison de facteurs « bio-psycho-sociaux ».

Cognitivisme

La psychologie cognitive est née en même temps que l'ordinateur et l'intelligence artificielle. Elle conçoit l'esprit humain comme un dispositif de « traitement de l'information ». Au cours de la première moitié du XX^{e} siècle, selon la conception béhavioriste, la pensée pouvait être décrite par un ensemble de lois faisant dépendre nos comportements de leur contexte. La psychologie scientifique devait donc s'appuyer seulement sur ce qui pouvait faire l'objet d'une observation directe et objective. Par conséquent, nos désirs, croyances, états mentaux se trouvaient exclus des investigations des psychologues. Mais l'approche béhavioriste a échoué à expliquer nos capacités de résolution de problèmes ou de compréhension.

Un tel projet suppose en effet que nous disposions d'un modèle de nos connaissances, et de la manière dont elles sont utilisées en vue de prendre des décisions d'action. Ce modèle émerge dans les décennies 1930-1950 grâce aux travaux de plusieurs chercheurs, issus des disciplines qui constituent aujourd'hui les sciences cognitives.

Si les écoles gestaltiste et piagétienne véhiculaient, dès le début du XX^{e} siècle, beaucoup des idées sous-jacentes au cognitivisme, son émergence est liée à l'apparition, dans les années 1930, de la théorie du traitement de

l’information. Celle-ci, développée par des mathématiciens, établit que toute fonction calculable (c’est-à-dire dont on peut trouver les solutions) est programmable dans un dispositif artificiel, grâce à une dizaine d’instructions de base seulement. Ceci est avancé en 1936 par Alan Turing (1912-1954), et constitue la thèse dite de Church-Turing.

Dans les années 1940, plusieurs psychologues, dont Edward Chace Tolman, Kenneth Craik et Clark L. Hull, considèrent que l’on peut concevoir la pensée humaine en termes de représentations, et que les comportements peuvent être simulés par des automates ou des robots. En 1943, Warren McCulloch et Walter Pitts font une découverte décisive : ils montrent que des fonctions logiques peuvent être mises en œuvre par des neurones binaires, consistant en approximations des neurones du cerveau. L’intuition que la pensée humaine peut être simulée dans un système artificiel sera confirmée par l’annonce de la fabrication du premier ordinateur par John Von Neumann (1903-1957), en 1945.

C’est dans les décennies 1950-1960 que la psychologie cognitive va se constituer. Entre 1955 et 1957, Allen Newell (1927-1992) et Herbert Simon (1916-2001) réalisent les premiers programmes informatiques dédiés à la modélisation des activités de résolution de problèmes chez l’Homme. Ces systèmes, comme le General Problem Solver, mettent en œuvre des règles très générales analogues à celles observées chez des sujets humains dans des problèmes de géométrie ou le jeu d’échecs. En 1956, une autre application des thèses cognitivistes est faite par George Miller, dans un article fondateur intitulé « The magical number seven, plus or minus two », où il explore les capacités et l’organisation de l’information en mémoire. Une autre influence importante aux débuts de la psychologie cognitive est apportée par Noam Chomsky, qui publie en 1957 *Syntactic Structures*, travail qui influencera de nombreux psycholinguistes.

Ce n’est cependant qu’en 1967 que le nom de psychologie cognitive sera utilisé pour la première fois par Ulric Neisser comme titre d’un ouvrage de psychologie. L’année suivante, le premier modèle cognitiviste des structures de la mémoire est formulé par Richard Atkinson et Richard Shiffrin. Ross Quillian introduit pour sa part la notion de « réseau sémantique », qui décrit un modèle de l’organisation de l’information dans la mémoire humaine. Grâce à ces réseaux, les représentations mentales sont vues comme des structures de symboles liés les uns aux autres par des relations de diverses natures (comme la relation « est une sorte de »). Les traitements cognitifs

sont décrits par des règles d'inférence qui permettent de naviguer dans ces réseaux.

Une autre conception connaît des développements très importants depuis le début des années 1980 : l'approche connexionniste du traitement de l'information. Pour beaucoup, elle s'inscrit naturellement dans l'approche cognitiviste, qu'elle contribue à rendre plus plausible biologiquement. Selon le paradigme connexionniste, la pensée émerge de l'activité de plusieurs processeurs élémentaires, conçus généralement sur le modèle des neurones du cerveau humain. Massivement connectés les uns aux autres, leur fonctionnement en parallèle permet de coder et de reconnaître des « formes ». Celles-ci peuvent être des objets particuliers ou des catégories d'objets (des visages, des lettres, etc.), mais aussi des transformations types (la conjugaison de verbes, le raisonnement, etc.). Fait remarquable, les mêmes modèles permettent de concevoir également des interactions sociales, par exemple des processus d'influence : les cellules élémentaires représentent cette fois des individus plutôt que des neurones.

Le connexionnisme permet de modéliser de très nombreuses activités mentales complexes comme les activités perceptives (vision, odorat, etc.), la résolution de problèmes, et même la « personnalité » et les interactions sociales. Ces modèles, capables d'intégrer les composantes émotionnelles, motivationnelles et cognitives de la pensée, constituent des outils très prometteurs en sciences humaines et sociales. De nouveaux progrès dépendent cependant du développement de cerveaux artificiels. Récemment, les ingénieurs de la firme IBM ont réalisé un cerveau aussi complexe que celui d'une souris avec 8 millions de neurones et 8 000 connexions synaptiques par neurone. La fabrication d'un cerveau aussi sophistiqué que celui de l'humain constitue cependant un défi qui ne sera vraisemblablement pas relevé avant plusieurs dizaines d'années.

Conscience

À lire les nombreuses publications qui lui sont consacrées, les chercheurs donnent de la conscience des définitions très différentes. Certains l'assimilent à la subjectivité (ressentir le chaud, le froid, etc.) ; d'autres, à l'activité de l'esprit produisant des représentations mentales ; d'autres encore, à l'identité personnelle.

L’étude des troubles de la conscience constitue l’une des voies d’entrée pour tenter de comprendre ce qu’est la conscience et ce qu’elle n’est pas. Les premières grandes enquêtes, menées par Roger Sperry et Michael S. Gazzaniga, portent sur les patients au « cerveau divisé » (*split brain*), atteints d’épilepsie grave, chez qui on a dû procéder à la section du corps calleux, qui relie les deux hémisphères cérébraux. Cette opération réduit les crises épileptiques, sans provoquer de troubles intellectuels ou fonctionnels notables. Pourtant, ces patients possèdent une véritable dissociation de la conscience. Ils peuvent ainsi manipuler un objet dans la main droite, en se montrant incapables de le nommer. La raison en est la suivante : on sait que chacun des hémisphères de notre cerveau commande la partie du corps qui lui est opposée. Chez les *split brain*, l’information tactile (de la main droite) ne peut ensuite parvenir à la « conscience » de l’hémisphère gauche, siège du langage. Ici, il y aurait bien dissociation de la conscience en deux mondes séparés (correspondant aux deux hémisphères cérébraux). Ces expériences apportent donc de solides objections à la théorie cartésienne de la conscience, censée être le pilote unique et universel de l’ensemble des processus mentaux. Ce que nous appelons « conscience » serait-il une illusion ? Elle désigne tantôt un principe d’identité (être un « moi » unique et autonome), tantôt un sentiment existentiel (perception d’émotions, de plaisirs, de souffrance, d’« intentionnalité »), tantôt encore une capacité réflexive (métacognition, auto-observation et contrôle de soi). Parfois aussi, tout simplement, la pensée réfléchie. Dans la plupart des faits et gestes de la vie quotidienne, nous agissons de façon plus ou moins consciente. C’est seulement dans quelques rares moments que ces processus se combinent pour former un sentiment de conscience pleine et achevée. C’est donc par illusion rétrospective que nous avons l’idée que tous nos actes mentaux agissent de concert, gouvernés par une conscience unique. Pourtant, désormais, nombre de cognitivistes veulent réhabiliter l’unité de la conscience. L’approche cognitive actuelle envisage la conscience comme un superviseur général contrôlant une série d’activités cognitives plus spécialisées. Ainsi, le psychologue Philip Johnson-Laird n’hésite pas à comparer la conscience au système d’exploitation de l’ordinateur (le programme central qui gère les sous-programmes de la machine). Il nous arrive aussi d’effectuer des tâches exigeant des procédures cognitives élaborées sans y penser : conduire une voiture en pensant à autre chose, par exemple. Les chercheurs ont donc supposé l’existence d’un « inconscient

cognitif ». L'expression, récente, ne renvoie pas à l'inconscient freudien, mais à toute une série d'activités mentales différentes, qui échappent à notre propre conscience réflexive. Entre les stades conscient et inconscient, il existe d'incessants allers et retours, selon une gradation continue rendant peu opératoire le clivage entre deux mondes mentaux étrangers l'un à l'autre.

Constructivisme

Ce terme possède plusieurs significations voisines. Il est d'abord assimilé à la théorie de Jean Piaget, qui conçoit le développement de l'intelligence comme une construction progressive associant une maturation biologique (ou schèmes d'action ou de pensée préexistants) et l'expérience (l'acquis). Dans *La Naissance de l'intelligence chez l'enfant* (1936), Piaget tord le cou à deux autres théories dominantes de l'époque : la psychologie de la forme (*Gestalt)* qui, selon lui, accorde trop d'importance à l'inné, et le béhaviorisme, qui part du principe que les connaissances s'inscrivent dans le cerveau comme une « cire molle ». Piaget découvre que l'enfant construit ses connaissances par ses propres actions (trouver le mamelon du sein, prendre un objet puis le lâcher). L'enfant assimile les données du monde qui l'entoure mais doit, pour ce faire, accommoder ses structures mentales, c'est-à-dire les modifier (et par là même les développer) afin de se réajuster en permanence à son environnement.

En sciences cognitives, le constructivisme désigne plus généralement les théories qui conçoivent les représentations mentales et connaissances comme des constructions progressives, issues à la fois de l'intégration de l'expérience et de l'organisation progressive des circuits neuronaux.

Enfin, le constructivisme devient progressivement un des fondements de l'approche de Palo Alto, un courant de pensée et de recherche particulièrement fécond, qui se développe en Californie à partir des années 1950, comme en témoigne la publication en 1981 de *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme* sous la direction de Paul Watzlawick. Le psychologue y soutient que la réalité sociale est une « invention » ou une « construction mentale », au sens où nous ne cessons de projeter sur le monde nos propres représentations.

En sociologie, le constructivisme se rapporte aux approches contemporaines qui envisagent la réalité sociale comme une « construction sociale

permanente ». Inaugurée par l'ouvrage de Peter Berger et Thomas Luckman, *La Construction sociale de la réalité* (1966), revisitée en 1999 par Ian Hacking dans *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, l'optique constructiviste peut être appliquée à n'importe quel type de phénomène : l'enfance, la délinquance, les émotions, le sexe et le genre, l'amour… Le but de ces analyses est de rompre avec un réalisme naïf et la naturalisation des faits sociaux, invitant à prendre en compte le poids des représentations dans le regard que l'on porte sur le monde. De nos jours, certains militants LGBT (*lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres*) se réclament du constructivisme pour affirmer que le sexe subjectif est indépendant du sexe corporel et biologique.

Cyberpsychologie

L'explosion d'Internet a engendré des façons inédites de communiquer, d'apprendre, de jouer, de se mettre en scène… La cyberpsychologie, discipline récente, étudie en quoi ces usages peuvent modifier l'être humain en profondeur. Ses domaines d'étude sont multiples : apprentissage assisté par ordinateur, remédiations informatiques des troubles cognitifs, psychothérapies par réalité virtuelle, effets des jeux vidéo, comportements dans les réseaux numériques…

Pour Benoît Virole, psychologue et psychanalyste, co-auteur, avec Adrian Radillo, de *Cyberpsychologie* (2010), « la cyberpsychologie est aujourd'hui rendue nécessaire du fait que nous vivons une mutation anthropologique massive liée à la numérisation de la culture, dont Internet est un élément majeur. Les rapports entre le sujet et les institutions détentrices du savoir sont modifiés, puisque nous pouvons avoir accès à celui-ci immédiatement, sans la médiation de l'université, de l'école, des revues spécialisées… »

L'utilisation thérapeutique de la cyberpsychologie commence à être très importante dans les pays anglo-saxons, en particulier au Canada et aux États-Unis mais, pour le moment, encore peu en France. L'approche comportementaliste a développé des traitements sur la base de la cyberpsychologie pour les peurs, les phobies, le stress post-traumatique des militaires, mais aussi les passages à l'acte des agresseurs sexuels. On fait expérimenter au patient des situations simulées dans le monde virtuel pour le désensibiliser à des situations angoissantes et lui permettre ensuite de se

construire de nouvelles représentations dont il pourra faire usage dans le monde réel.
Dans une perspective plus psychanalytique, il s'agit, explique Benoît Virole, d'une « co-immersion et co-action thérapeute/ patient dans un monde virtuel. Les situations de jeu donnent lieu à des dilemmes : agir ou ne pas agir, fuir ou rester, tuer ou ne pas tuer, se cacher ou ne pas se cacher, affronter un danger ou non, etc. Les actes, les choix, les sentiments, les émotions et les commentaires du patient constituent un matériau susceptible d'être analysé et éventuellement interprété si la situation le permet. Il peut y avoir des séances entières de psychothérapie analytique avec immersion virtuelle avec très peu de mots, voire pas du tout. L'énonciation inconsciente est actée virtuellement dans les choix réalisés par le sujet au travers de son avatar. C'est une nouvelle forme d'énonciation symbolique véhiculée dans l'action virtuelle. Mais attention, l'utilisation du virtuel n'est qu'une extension de la technique de cure qui continue d'intégrer la dynamique de transfert, l'empathie, et l'art de l'interprétation… »
S'il existe encore peu d'études sur la question, la cyberpsychologie semble de fait peu applicable dans la cure de patients schizophrènes ou paranoïaques, chez qui cela pourrait accentuer une confusion dangereuse entre monde réel et réalité virtuelle.

D

Damasio, Antonio (1944)

Né à Lisbonne, Antonio Damasio y poursuit son double parcours universitaire de médecin neurologue et de neuropsychologue. Il rejoint ensuite Harvard puis, à la fi n des années 1970, l'université de l'Iowa et y développe ses recherches en neuropsychologie avec Arthur Benton. Il y crée ensuite avec Hannah Damasio, elle-même neurologue de renom, une unité de neurosciences cognitives. Rarement les travaux d'un psychologue contemporain auront aussi rapidement bousculé ce que nous croyions savoir de l'être humain. Sa théorie des marqueurs somatiques a pris de court ses collègues, en démontrant que, contre toute attente, raison et émotion ne s'opposent pas : notre corps conserve des traces permanentes de ce que nous vivons et les réactive suivant le contexte pour aider à éliminer les choix qui pourraient, sur la foi de l'expérience, s'avérer préjudiciables. Ce processus, automatique, peut se réaliser à notre insu (lorsque nous décidons sans trop savoir pourquoi, sur la base de l'intuition), ou engendrer des sensations qui attireront notre attention (ce qui constitue l'émotion proprement dite). Sans émotion, nos raisonnements sont biaisés et nos choix les plus simples peuvent déboucher sur des décisions aberrantes.

La dichotomie passions/raison constituait l'erreur de Descartes qui donna son titre au classique premier ouvrage de Damasio, en 1994. Depuis, ses travaux ont consolidé son statut de pionnier en lui faisant aborder des thèmes longtemps douteux aux yeux des neuroscientifiques : comment se forme la conscience ? Qu'est-ce que la créativité ? etc. Dans *L'Autre moi-même. La construction du cerveau conscient* (2010), il développe l'idée que la conscience ne serait pas le produit sophistiqué des régions les plus récentes et évoluées de notre cerveau, mais des plus anciennes, là où naissent les émotions.

Dangerosité

Très tôt, les pouvoirs publics se sont employés à définir des critères de dangerosité et à mettre en œuvre les moyens de la prévenir – songeons au

bannissement à Athènes, aux peines ecclésiastiques au Moyen Âge. Le véritable tournant vient au XIX^{e} siècle : la psychiatrie passe progressivement d'une logique de discours médical et thérapeutique à la défense de l'ordre social. La loi du 30 juin 1838 autorise l'internement psychiatrique par le placement d'office. En 1876, dans *L'Homme criminel*, Cesare Lombroso popularise la notion d'« état dangereux ». Il soutient que la criminalité est innée et peut se déduire de caractéristiques physiques. En 1920, le juriste Jimenez de Asua définit cet état dangereux comme « la probabilité la plus manifeste qu'un sujet a de devenir auteur de délits ou de commettre de nouvelles infractions ». Le concept infiltre la vie politique judiciaire et pénitentiaire. Les régimes totalitaires l'adopteront d'emblée.
Le glissement progressif de la dangerosité comme simple probabilité à la dangerosité comme état permanent a été observé par Michel Foucault dès les années 1970, dans ses travaux sur l'évolution de la notion d'« individu dangereux ». À la même époque, la criminologie belge et québécoise opérationnalise le concept, avec des échelles et des enquêtes épidémiologiques. La notion de « dangerosité » fait son entrée officielle dans le droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Ainsi que le souligne le psychiatre Daniel Zagury, « désormais, on ne juge plus un homme pour ce qu'il a fait, mais pour ce qu'il est. » Et pour ce qu'il pourrait faire…

Dépression

Dans sa forme la plus typique, la dépression se caractérise par une tristesse inhabituelle, profonde, générale. On parle aussi de douleur morale, pour en souligner le caractère très pénible et parfois insoutenable. Le sujet déprimé éprouve un sentiment de culpabilité, d'incapacité, de déchéance. Il ne trouve plus goût ni intérêt à rien. Il perd tout espoir, a une vision négative de l'avenir, de lui-même et du monde. Cette tristesse s'accompagne très souvent d'angoisses et d'idées suicidaires.
La dépression entraîne un ralentissement des processus psychiques et moteurs. Le sujet déprimé éprouve de grandes difficultés à se concentrer, à rassembler ses idées, à ranimer ses souvenirs. Il est indécis et se sent dépourvu de volonté. L'état dépressif s'accompagne immanquablement d'une grande lassitude physique, d'un épuisement rendant tout effort

coûteux, voire impossible. Dans l'immense majorité des cas, l'appétit est diminué et le sommeil réduit. Les altérations du sommeil se manifestent moins par des difficultés d'endormissement que par des réveils en milieu ou en fin de nuit. En revanche, une fois sur cinq, la dépression s'accompagne d'une augmentation de l'appétit et d'un allongement de la durée du sommeil. En règle générale, les symptômes sont à leur maximum le matin au réveil, et vont en s'atténuant à mesure que la journée avance. Le retentissement de la dépression sur la vie personnelle et professionnelle est marqué. Le sujet se replie sur lui, évite les contacts sociaux. Le rendement professionnel est diminué, et un arrêt de travail est le plus souvent justifié. Les états dépressifs s'installent habituellement en quelques jours et, en l'absence de prise en charge, durent plusieurs mois.

À côté de cette forme typique, on peut observer un grand nombre de formes cliniques variant selon l'intensité, la durée, ou les caractéristiques symptomatiques. Une dépression peut survenir à tout âge : elle a été décrite aussi bien chez le nourrisson que chez le vieillard. On parle de dépression primaire lorsque l'état dépressif est la première perturbation psychiatrique à se manifester chez un sujet, de dépression secondaire lorsqu'il existait déjà d'autres troubles psychiatriques, comme les troubles de la personnalité, les troubles anxieux, les troubles psychotiques. Les états dépressifs ont tendance à récidiver dans la majorité des cas. On parle de dépression bipolaire lorsque des états dépressifs récidivants sont associés à des états d'excitation qui réalisent un tableau clinique point par point opposé à celui de la dépression (trouble bipolaire). On parle de dépression unipolaire lorsque seuls des états dépressifs émaillent l'évolution des troubles (trouble unipolaire).

L'existence des états dépressifs est attestée dans les plus anciens textes médicaux de l'Antiquité. Homère en parlait dans le chant VI de l'*Iliade* à propos de Bellérophon qui subit la colère des dieux : il errait seul dans la plaine d'Alcion, le cœur dévoré de chagrin, évitant les traces des hommes. Pour Hippocrate, la mélancolie était liée à un excès de bile noire. Au Moyen Âge, la mélancolie est envisagée sous un prisme théologique et conçue comme un châtiment divin. On parle d'acédie pour décrire cet état de « tristesse accablante » et de « torpeur de l'esprit » auquel se laissent aller les moines par trop oisifs. Luther dira d'ailleurs de la mélancolie qu'elle est « le bain du diable ». Dans sa magistrale *Anatomy of melancholy*, publiée en 1621, l'Anglais Robert Burton insiste sur le fait que cet affect

peut se déclencher ou non en fonction du milieu dans lequel se trouve un individu.

La psychanalyse apporte une révolution dans la compréhension des états dépressifs. En 1912, Karl Abraham est le premier à décrire l'ambivalence pulsionnelle des patients déprimés. Trois ans plus tard, dans *Deuil et mélancolie*, Freud montre comment, dans la mélancolie, le malade affronte non seulement une perte réelle, mais aussi une perte imaginaire, en retournant contre lui-même les reproches et l'agressivité destinés à l'objet perdu (qui peut être une personne mais aussi, par exemple, un idéal). En revanche, l'endeuillé se trouve face à la difficulté de devoir détacher la libido investie sur l'objet perdu pour la réinvestir sur les objets du monde extérieur. En 1934, Melanie Klein formule pour la première fois sa célèbre théorie de la « position dépressive » dans la formation du psychisme de l'enfant : grandir, c'est aussi apprendre à se séparer, et donc à faire l'expérience de la perte.

Les psychothérapeutes cognitivistes considèrent que les schémas inconscients qui nous font percevoir, interpréter, juger, sont biaisés chez le sujet dépressif : celui-ci est par exemple persuadé que la moindre difficulté est capitale, irréparable, typique de ce qui l'attend dans tous les domaines de l'existence, et qu'il en est seul responsable. Le dépressif, de façon rigide et automatique, ne retient et ne ressasse que les éléments passés ou présents qui sont susceptibles de confirmer ses interprétations.

Depuis l'apparition des antidépresseurs à la fin des années 1950, des théories causales biologiques sont avancées, mettant en avant les déséquilibres de certains neuromédiateurs comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. On sait par ailleurs que le cortisol, libéré pour favoriser l'adaptation de l'organisme aux situations stressantes, est produit à des taux anormalement élevés chez les dépressifs : il s'ensuit une intoxication de l'hippocampe, région du cerveau impliquée dans la mémorisation et la création de nouveaux neurones. La vulnérabilité à la dépression et la précocité d'apparition des troubles pourraient être augmentées par des facteurs génétiques, agissant par exemple sur la production de sérotonine, qui contribue à moduler l'humeur, le sommeil, l'appétit… Les causes psychologiques et biologiques ne sont pas exclusives, et conditionnent les méthodes thérapeutiques.

Dans *La Fatigue d'être soi* (1998), le sociologue Alain Ehrenberg envisage le phénomène dépressif comme l'expression de la difficulté croissante

d’être soi dans les sociétés démocratiques. Libéré des modèles autoritaires reproduisant des antagonismes de classe ou de sexe, l’individu n’a plus d’autre objectif que de se promouvoir lui-même et d’assumer la responsabilité de ses échecs.
Près d’un Français sur cinq pourrait connaître au moins un épisode dépressif dans sa vie.
À partir des années 1990, une controverse a éclaté aux États-Unis puis en Europe concernant la surprescription d’antidépresseurs, l’extension de la prescription aux enfants et aux adolescents, et un risque accru de tendances suicidaires et d’automutilation chez des utilisateurs de ce type de traitements. S’il convient d’être particulièrement attentif les premières semaines de mise en place du traitement, quand les symptômes dépressifs sont très profonds, seule une prise en charge combinant psychothérapie et prise en charge médicamenteuse permet d’améliorer la situation.

Développement

Le début du XX^{e} siècle a été marqué par un grand intérêt de la psychologie pour le développement de l’intelligence. Plusieurs psychologues ont cherché à dévoiler les stades de développement propres à chaque âge de la vie.
C’est surtout l’œuvre imposante de Jean Piaget qui, pendant plusieurs décennies, a dominé la psychologie du développement de l’enfant. Pour Piaget, l’intelligence est une fonction qui permet de s’adapter à son environnement. Par ses propres actions, l’être humain construit ses connaissances. Le développement intellectuel va de l’action motrice à la connaissance abstraite, sur une longue période, au travers de grands stades de développement :

- **stade sensori-moteur**, jusqu’à environ 2 ans, où le bébé construit son intelligence par des activités motrices (préhension, vision, etc.) ;
- **stade des opérations concrètes**, de 2 à 12 ans environ, où le raisonnement logique se met en place : l’enfant apprend à catégoriser, à classer ;
- **stade des opérations formelles**, atteint à l’adolescence, qui donne accès à la pensée abstraite.

Cependant, on a souvent reproché à Piaget de négliger l'impact des facteurs affectifs et sociaux sur le développement cognitif de l'enfant. C'était l'orientation prise par le Français Henri Wallon et le psychologue russe Lev S. Vygotski, qui ont souligné l'importance des interactions avec l'entourage (parents, enseignants, autres enfants).

Avec l'essor de la psychologie cognitive, de nouvelles méthodes sont apparues pour étudier les bébés. Des études portant sur la catégorisation, la permanence de l'objet, la reconnaissance des visages ou de la voix, mettent en évidence des « capacités précoces » du nourrisson. Ces découvertes vont donner lieu au développement d'un courant nativiste, qui avance que les capacités dont font preuve les nourrissons sont présentes dans l'être humain avant sa naissance. C'est la position défendue par Elizabeth S. Spelke, chercheuse à l'université de Cornell, aux États-Unis, qui estime que le bébé a une conception innée des propriétés fondamentales des objets, ou par Jacques Mehler, qui affirme que nos aptitudes à connaître le monde sont déterminées par notre patrimoine génétique. En revanche, pour des chercheurs comme Roger Lécuyer, les aptitudes se construisent sur la base d'un intérêt pour la nouveauté, qui, lui seul, serait préprogrammé. Pour Lécuyer, l'intelligence est d'abord perceptive et sociale : plus encore que le toucher, ce sont la vue et la communication qui constituent pour le bébé des moyens d'appréhender le monde.

Si donc les capacités précoces du nourrisson sont bien établies, cela ne signifie pas pour autant que toutes les aptitudes cognitives existent à la naissance. Le psychologue français Olivier Houdé propose lui aussi un renouvellement de la problématique. Il constate que les théories piagétiennes fondent le développement de l'enfant sur le processus de « coordination-activation » : plusieurs schèmes (structures d'actions repérables) se coordonnent pour aboutir à des compétences nouvelles. Houdé reconnaît l'existence de ce processus, mais estime que l'on a par ailleurs négligé un autre fonctionnement essentiel de « sélection-inhibition » : plusieurs schèmes peuvent entrer en compétition, et le passage à un niveau intellectuel supérieur nécessite alors que le sujet inhibe un mécanisme pour activer l'autre. De son côté, Robert S. Siegler affirme la très grande variabilité de stratégies possibles pour un même enfant au même âge face à un même contexte.

Développement personnel

« Mon âme ! Quand seras-tu donc bonne et simple, sans mélange et sans fard ? (…) Quand seras-tu pleinement satisfaite de ton état ? Quand trouveras-tu ton plaisir dans toutes les choses qui t'arrivent ? Quand seras-tu persuadée que tu as tout en toi ? » Ces lignes, issues des *Pensées* de Marc-Aurèle, rédigées entre 170 et 180 après J.-C., nous rappellent que les racines historiques du développement personnel (DP) remontent clairement à l'Antiquité. Pour les philosophes grecs, il était logique de devoir travailler à devenir et à rester un être humain : vivre, dialoguer, maîtriser ses passions, tout cela relevait à la fois d'une éducation et d'une démarche personnelle, l'*askesis* ou pratique régulière d'exercices spirituels ou philosophiques.

Le pharmacien de Nancy Émile Coué (1857-1926) est considéré comme le père fondateur du développement personnel contemporain. Sa célèbre méthode était fondée sur *La Maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente* (1926), et avait pour but de développer les capacités de guérir ou de surmonter ses faiblesses psychiques en se basant sur la conviction suivante : « Toute pensée occupant uniquement notre esprit devient vraie pour nous et a tendance à se transformer en acte. » Simpliste ? Coué fut célébré à son époque et invité à donner aux États-Unis des conférences qui connurent un grand retentissement. Et c'est aussi aux États-Unis que des auteurs comme Dale Carnegie (son *How to Win Friends and Influence People*, publié en 1936, a été vendu à plus de 50 millions d'exemplaires) ou Norman Vincent Peale (dont le célèbre *The Power of Positive Thinking*, publié en 1952, resta près de dix ans dans la liste des *best-sellers* du *New York Times*) exercèrent une influence considérable sur la manière de penser le développement personnel.

Là où les pratiques antiques étaient réservées aux élites, suffisamment lettrées ou riches pour s'y consacrer, le DP moderne s'adresse au plus grand nombre, *via* les médias, les livres de *pop psychology* et la généralisation du recours aux psys. Apprendre à gérer son temps, retrouver l'estime de soi, mieux communiquer avec ses proches, surmonter ses peurs ou savoir lâcher prise… Depuis vingt ans, une déferlante de livres qui vous veulent du bien s'est abattue sur les librairies françaises. Certes, depuis les années 1970, on trouvait, çà et là, des maisons d'édition alternatives proposant des brochures inspirées du New Age. L'esprit entrepreneurial des années 1980 avait amené des *golden-boys* à publier leurs trucs et astuces à destination des

néo-entrepreneurs désireux de savoir vendre et se vendre. Mais en France, la rhétorique manichéenne des livres de développement personnel leur a longtemps attiré le plus grand mépris, contrairement aux pays anglo-saxons, où l'accomplissement et la transformation de soi sont des piliers de la culture de l'individualisme compétitif (et ne sont pas sans rappeler l'imprégnation du protestantisme).
Les enjeux sociaux du DP sont importants : jusqu'où le soin de soi est-il compatible avec la morale, le bien commun, l'altruisme, les renoncements nécessaires à toute vie sociale ? Une belle vie peut-elle aussi être une bonne vie ? De nombreux philosophes rappellent que le DP pour lui-même est stérile et n'a de sens et d'utilité que s'il se fonde sur des valeurs.

Diagnostic

Comment un psychiatre fait-il pour poser un diagnostic ? Pour répondre à cette question, il est indispensable de s'entendre sur le sens à donner au mot « diagnostic ». Or, pour le moins, ce sens n'est pas univoque. Un diagnostic peut correspondre à un mode particulier de dérèglement de notre fonctionnement psychique, décrit à partir de schémas théoriques. Des travaux issus des neurosciences proposent des modèles neurobiologiques de maladies mentales, avec autant de tableaux cliniques correspondants. La psychanalyse a, quant à elle, inscrit le concept de névrose, de psychose et de perversion dans un champ théorique fort, la notion dynamique de trajectoire de vie étant alors centrale. Le diagnostic peut aussi être considéré comme un groupe de symptômes souvent rencontrés ensemble (la tristesse, l'incapacité à ressentir du plaisir, l'insomnie et la perte d'appétit par exemple). On parle alors de « syndrome », qui obtient le statut de maladie s'il détermine une conduite thérapeutique et possède une valeur pronostique : c'est l'approche syndromique et sémiologique du diagnostic psychiatrique. Les classifications psychiatriques les plus en vogue actuellement (*DSM* et CIM) relèvent de cette approche.
On doit ajouter deux éléments importants relatifs à la notion de diagnostic :
1. On ne peut concevoir la maladie mentale sans la mettre en perspective avec ce qui constitue le malade psychiatrique ;
2. Les maladies mentales sont présentées comme des entités claires et distinctes, alors qu'il y a un continuum entre le normal et le pathologique.

Régulièrement, des débats comme celui sur le dépistage précoce des troubles des conduites chez les enfants de moins de 3 ans posent la question de la classification à outrance des individus par rapport à une norme. La question du diagnostic divise même les psychanalystes : certains insistent sur l'idée que chaque cas est particulier, et qu'au fond, seules compteraient la rencontre avec un sujet singulier et l'instauration d'une relation thérapeutique à inventer au coup par coup. Pour d'autres, poser aussi précisément que possible un diagnostic sur la structure (névrose, psychose ou perversion) du patient est nécessaire pour ne pas commettre d'erreurs de prise en charge – dont certaines sont parfois extrêmement préjudiciables…
L'entretien diagnostique est toujours également un entretien clinique, la rencontre d'un sujet en demande d'aide avec un professionnel dont le rôle est d'apporter une réponse. On ne peut donc pas considérer l'entretien diagnostique comme indépendant de la relation psychothérapeutique qui s'installe.
Cette « connaissance du sujet » vers laquelle tend celui-ci repose généralement sur l'alternance de deux modalités de communication. La première peut être qualifiée de phénoménologique : une impression, une ambiance se dégage, qui permet d'accéder aux facettes les plus subtiles du fonctionnement psychique. La deuxième approche, sémiologique, consiste en la recherche d'éléments cliniques (idées de mort, insomnies, hallucinations, etc.). La synthèse de ces deux types d'information, leur intégration (ou pas) au sein d'un champ théorique, leur mise en perspective avec les représentations que le clinicien s'est construites au cours du temps, conduiront ainsi progressivement à l'émergence du diagnostic, avec toutes ses nuances et ses limites.

Dissonance cognitive

La théorie de la dissonance cognitive est exposée en 1956 par Léon Festinger, dans son livre *L'Échec d'une prophétie*. Il y prend l'exemple des adeptes de secte pour montrer comment, en présence de cognitions (connaissances, opinions, croyances sur l'environnement, sur soi ou sur son propre comportement) incompatibles entre elles, un individu va éprouver un état de tension désagréable ou « dissonance cognitive », et s'efforcer de réduire ces contradictions. Il peut alors choisir d'adapter ses croyances aux faits (processus de rationalisation), ou d'interpréter les faits de façon à ce

qu’ils restent compatibles avec la croyance initiale. On peut ainsi prendre l’exemple des croyants étudiés dans *L’Échec d’une prophétie* : alors que la fin du monde annoncée par leur gourou n’avait pas eu lieu, certains abandonnèrent leur croyance, quand d’autres, plus engagés, la conservèrent au moins dans un premier temps, en estimant que leur foi avait sauvé le monde.
Depuis cette première étude, de multiples applications de la théorie de la dissonance cognitive en psychologie sociale, en éducation, en économie ont été validées sans réserve. Pour se limiter à l’exemple informatique : nous utilisons des interfaces et des logiciels exaspérants, qui pourraient être simplifiés à l’extrême, mais nous avons tellement investi dans leur conception et leur manipulation, que ni les éditeurs, ni les utilisateurs ne sont prêts à en changer.

Dolto, Françoise (1908-1988)

Pédiatre et psychanalyste, Françoise Dolto a contribué à faire évoluer de façon radicale notre regard sur l’enfance. Elle exercera son métier de psychanalyste dès la fin de ses études de médecine et de son analyse personnelle (1939) jusqu’à un mois avant sa mort, le 25 août 1988.
En 1953, après l’exclusion de Jacques Lacan de l’International Psychoanalytic Association (IPA) pour cause de pratique non conforme, elle fonde avec lui, Daniel Lagache et Juliette Favez-Boutonier, la Société française de psychanalyse. En 1964, elle suit Lacan lors de la création de l’École freudienne de Paris.
En 1971, paraît *Le Cas Dominique*, récit de cure d’un adolescent psychotique. Dolto y décrit en détail ses échanges avec l’enfant et y joint ses interprétations, des dessins de Dominique et des croquis de ses modelages.
À la même époque, elle anime une célèbre émission sur France Inter, *Lorsque l’enfant paraît*. En 1979, elle crée les Maisons vertes, lieux d’accueil, de rencontre et de jeux pour les enfants de moins de 3 ans et leurs parents – le concept essaimera dans le monde entier. Dolto accorde une importance primordiale au langage, y compris celui du corps et insiste sur le fait que l’enfant, dès son plus jeune âge, est une personne. Si certains, dont Didier Pleux, lui reprochent aujourd’hui d’avoir prôné une éducation exagérément permissive, pour Caroline Eliacheff, qui fut son élève :

« Qu’on la connaisse ou non, qu’on l’ait lue ou pas, on est de toute façon imprégné par les idées de Dolto, sans même que l’on s’en aperçoive. Prenez la justice. Les juges pour enfants écoutent davantage les enfants aujourd’hui, ils leur annoncent eux-mêmes les décisions qui les concernent. C’est un héritage de Dolto. Toutes les institutions qui se rapportent à la petite enfance en ont été elles aussi changées : dans les maternités, les crèches, les écoles, on n’accueille plus les petits de la même manière. L’idée selon laquelle l’enfant, dès le plus jeune âge, est un Sujet, un être de communication qu’il faut respecter, s’est imposée. »

DSM

Le *DSM* (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), établi par l’Association américaine de psychiatrie, a pour but de créer une référence commune des troubles mentaux, même si ses classifications sont régulièrement source de controverses. Sa 5e édition (2013) distingue notamment :

• les troubles neurodéveloppementaux : troubles du spectre autistique, troubles de la communication… ;
• le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ;
• les troubles bipolaires et apparentés ;
• les troubles dépressifs ;
• les troubles anxieux : phobies, agoraphobie, panique, anxiété de séparation, mutisme sélectif… ;
• les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés ;
• les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ;
• les troubles dissociatifs : troubles de l’identité, amnésie dissociative, dépersonnalisation/déréalisation ;
• les troubles à symptomatologie symptomatique et apparentés : par exemple, les troubles de conversion sont des troubles physiques (cécité, paralysie partielle, douleurs, etc.) qui ne sont associés à aucune cause organique manifeste ;
• les troubles des conduites alimentaires et de l’ingestion d’aliments : anorexie, boulimie… ;
• les troubles du contrôle sphinctérien ;
• les troubles de l’alternance veille-sommeil ;
• les dysfonctions sexuelles ;

• la dysphorie de genre : souffrance liée à la non-conformité de genre (cette dernière n'étant pas, en soi, pathologique) ;
• les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites ;
• les troubles liés à une substance et troubles addictifs ;
• les troubles neurocognitifs : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkison, maladie vasculaire… ;
• les troubles de la personnalité : borderline, antisociale, schizotypique… ;
• les troubles paraphiliques : exhibitionnisme pédophilie, sadisme, masochisme… ;
• les autres troubles mentaux ;
• les troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament ;
• les autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique.

Dyslexie, dysphasie…

Ces trois lettres (dys) bien connues des psychologues, médecins scolaires ou orthophonistes désignent sous le même spectre un vaste ensemble de troubles cognitifs perturbant les apprentissages. La liste est longue : dyslexie (troubles de la lecture), dysphasie (difficultés à l'oral), dyscalculie (problèmes de calcul), dysgraphie (difficultés à écrire), dyspraxie (mauvaise coordination gestuelle)… La réussite de l'enfant à l'école est devenue un impératif social. Les enfants en difficulté – et leurs parents – se sentent vite dévalorisés. Les dys ont du succès car, d'une certaine manière, ils rassurent : la médicalisation des difficultés scolaires dédouane les enseignants mais les laisse démunis, déculpabilise la famille mais l'entraîne d'un cabinet de remédiation à l'autre, et contente certains professionnels de santé mais en laisse d'autres sceptiques… Depuis la loi de 2005 sur le handicap, les enfants désignés comme « dys » peuvent bénéficier, par l'intermédiaire des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de compensations matérielles, scolaires et financières. Nombreux sont les parents qui se présentent dans ces centres pour qu'un diagnostic soit « authentifié » en bonne et due forme. Mais si certains enfants présentent bien une entrave réelle, spécifique et durable, de nombreux autres rencontrent des difficultés beaucoup plus complexes et multifactorielles.

E

EMDR

En 1987, Francine Shapiro, doctorante en littérature anglaise (avant de l'être en psychologie), découvre par hasard qu'une anxiété d'origine traumatique peut disparaître grâce à des mouvements oculaires. L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou « désensibilisation et retraitement de l'information par les mouvements oculaires ») était née.

Qu'il suffise de bouger les yeux pour guérir d'un trouble important est une affirmation surprenante, mais qui se comprend mieux si l'on prend en compte la dynamique neurologique. Celle-ci oppose les réflexes de survie activant le centre de la peur (dans le cerveau émotionnel), et le mécanisme de mise en mémoire, et donc de traitement de l'information (dans le cerveau cognitif).

Toutes les informations que nous recevons, surtout si elles sont émotionnellement chargées, s'impriment en nous dans une sorte de mémoire tampon, l'hippocampe. Elles sont ensuite retraitées, acceptées ou effacées, et passent en mémoire corticale à long terme. Dès lors, le traumatisme psychique apparaît comme l'impossibilité de traiter et de mettre en mémoire à long terme une information menaçante. Or, pour Shapiro, au fil des ans et des chocs vécus au cours de notre existence, certaines informations ne sont pas traitées, et donc pas mémorisées. L'objectif de la thérapie consiste à favoriser le transfert de l'information entre les cerveaux émotionnel et cognitif, pour faire cesser les troubles. L'EMDR associe une réexposition de courte durée à des séquences de détente, mais y adjoint des stimulations simultanément à l'évocation du traumatisme par le patient. Ces stimulations sont visuelles, mais aussi tactiles ou sonores.

David Servan-Schreiber contribua à faire connaître l'EMDR en France et plusieurs études ont conclu à son efficacité dans le traitement des syndromes de stress post-traumatique.

Émotions

Dans les années 1960-1970, l'anthropologue Paul Ekman et son équipe parcoururent la planète pour voir s'il existait des émotions universelles. Ils en trouvèrent six : la colère, la peur, le dégoût, la joie, la tristesse, la surprise. Mais que faire de la honte, de la culpabilité, de l'envie, de la fierté, du regret ? Cette approche universaliste des émotions fut ensuite contestée. Des dizaines d'études montrent que, par exemple, les Japonais ne parlent jamais de tristesse dans des situations où nous le ferions. Néanmoins, la plupart des psychologues s'accordent sur un point : une émotion se manifeste d'au moins trois façons différentes, à savoir une réaction physiologique, une manifestation comportementale, une manifestation de ressenti subjectif.

Deux modèles théoriques se sont longtemps partagés l'étude des mécanismes des émotions. Selon Charles Darwin, les émotions sont des séquences de comportement au départ fonctionnelles et conservées au cours de l'évolution en raison de leur valeur adaptative : si le chien couche ses oreilles en arrière lorsqu'il est en colère, c'est qu'au départ il cherchait à les mettre à l'abri des crocs de ses adversaires. Selon William James, les émotions résultent d'une perception consciente d'un état du corps (« Je pleure donc je suis triste »).

La neuropsychologie cognitive a découvert l'importance des émotions dans l'élaboration des choix et des stratégies mentales. Les travaux d'Antonio Damasio insistent sur la double dimension de l'émotion, biologique et cognitive.

Depuis peu, un mouvement parmi les thérapies cognitives et comportementales (TCC), celui des thérapies centrées sur l'émotion (TCE), les place au cœur du processus de soins et de guérison des patients. Il existe même un site Internet, *FaceTales*, permettant aux thérapeutes de s'entraîner à reconnaître les émotions sur un visage…

Empathie

Si le fait de pouvoir comprendre les joies comme les peines ressenties par autrui est vieille comme le monde, étonnamment, l'empathie est un terme d'apparition récente. Le mot allemand *einfühlung*, « ressenti de l'intérieur », date de 1873. L'anglais *empathy* apparaît en 1909 et le français *empathie*, seulement vers 1960.

L’empathie rentrera dans le domaine propre de la psychologie à partir du XX^{e} siècle. On la retrouve chez Freud, puis chez le philosophe Husserl, père de la phénoménologie. Aux États-Unis, tout le courant intersubjectiviste s’en saisit pour en faire la clé de voûte de la relation thérapeutique. L’empathie est également un pilier de l’Approche Centrée sur la Personne (ACP), théorisée par Carl Rogers (1902-1987) : le thérapeute est capable de comprendre une situation non pas depuis son propre cadre de référence, mais depuis celui de son patient.
Les neurosciences ont apporté un éclairage étonnant dans la compréhension de l’empathie. Selon Jacques Hochmann, auteur d’une copieuse *Histoire de l’empathie* : « La découverte des neurones miroirs par l’équipe de Giaccomo Rizzolati – dans le cortex prémoteur du singe, qui s’activent lorsque l’animal exécute une action (prendre un morceau de nourriture par exemple) et lorsqu’il observe l’expérimentateur faire la même action – a apporté la première démonstration de résonance motrice entre un cerveau et un autre. Chez l’homme, des études ont montré des phénomènes similaires, comme lorsque les zones du cortex prémoteur (qui programment les unités musculaires impliquées dans un geste) qui s’activent à la vue d’une action réalisée par autrui sont précisément celles qui sont responsables de l’action réelle. »
D’autres travaux semblent confirmer que l’empathie n’est pas un simple phénomène de résonance émotionnelle : plusieurs régions frontales, limbiques et pariétales, qui jouent un rôle d’interface entre émotion et cognition, seraient concernées.

Épidémiologie

L’épidémiologie psychiatrique se concentre sur l’ensemble des facteurs qui ont une influence sur la santé mentale pour déterminer la répartition, la fréquence et la gravité des états pathologiques au sein d’une population donnée. L’épidémiologie descriptive mesure leur incidence (le nombre de nouveaux cas dans une période donnée) et leur prévalence (ce nombre rapporté à la population totale). L’épidémiologie analytique s’intéresse aux causes potentielles, génétiques ou par exemple socio-économiques. Mais peut-on vraiment quantifier la souffrance mentale, et traiter la schizophrénie ou la dépression comme le diabète ou les maladies infectieuses ? Comme le souligne Bruno Falissard, psychiatre et directeur de recherche à l’Inserm,

« pour savoir combien de patients de telle ou telle pathologie existent dans une population, il faut être d'accord sur la définition de cette pathologie. Or les définitions des maladies mentales sont différentes pour un médecin, pour un sociologue ou pour l'homme de la rue. La difficulté est majorée en prison. Pour évaluer la dépression en population générale, on demande aux gens s'ils dorment bien, s'ils pensent à la mort, s'ils se sentent malheureux, etc. Ça n'a plus du tout le même sens en prison ! »

À la fin des années 1970, les catégories psychiatriques sont définies sur la base d'une enquête épidémiologique en population générale, et en examinant les symptômes les plus fréquents. L'objectif affiché était de déstigmatiser les maladies mentales, en montrant que leur incidence était bien plus importante dans la société que ce que l'on voulait bien croire. Son étude servira de socle au *DSM-III*, la troisième édition du manuel de classification des troubles psychiatriques.

Les critères des maladies mentales sont réduits à des choix simples dans des questionnaires, ce qui permet d'interroger une vaste population, donc de disposer de beaucoup de données, pour vérifier si les catégories de départ sont fiables et valides. Il n'existe pas, aujourd'hui, de marqueurs biologiques assez stables des maladies mentales. On est donc obligé, pour stabiliser le savoir psychiatrique, de faire des allers-retours entre hypothèses sur les catégories et enquête épidémiologique. Rien n'empêche que le cercle vertueux ne devienne vicieux : multiplier les catégories mal fondées, mais dans lesquelles des gens vont se reconnaître en quantité, etc. Deux autres difficultés limitent la portée des études. D'abord, la comorbidité : une personne peut être alcoolique, dépressive et schizophrène, mais alcoolique parce que dépressive et dépressive parce que schizophrène, ou bien alcoolique pour des raisons indépendantes ? Ensuite, la fluctuation des troubles dans le temps : est-ce une seule maladie passant par des phases, ou deux ?

L'épidémiologie psychiatrique contribue à orienter les grandes orientations des politiques de santé publique, mais aussi les allocations de ressources budgétaires, et les programmes de recherches publiques et privés. À partir des années 1990, suite à l'utilisation de données pour calculer le risque génétique de prédisposition à tel ou tel trouble mental, des questions éthiques se multiplièrent. Dès l'instant où l'on cherche à identifier les « groupes à risques », des questions se posent aussi d'un point de vue

démocratique. Les corrélations statistiques en génétique des populations pourraient peut-être, un jour, promouvoir le tri des embryons.

Épigenèse

On attribue la paternité de l'épigénétique dans son sens moderne au biologiste Conrad H. Waddington en 1942. L'épigénétique étudie comment l'environnement et l'histoire individuelle influent sur l'expression des gènes. L'existence de phénomènes régissant l'expression des gènes se résume dans l'interrogation du généticien Thomas Morgan : « Si les caractères de l'individu sont déterminés par les gènes, pourquoi toutes les cellules d'un organisme ne sont-elles pas identiques ? »

L'épigénétique ne remet pas en cause le rôle des gènes dans la construction de l'organisme, elle s'intéresse aux mécanismes d'activation des gènes par des facteurs extérieurs. Pour produire un être vivant, il faut produire des molécules organiques, les briques du vivant. Le gène joue ici un rôle déterminant. Mais qui lui commande de se mettre en action ?

Prenons l'exemple des abeilles. Dans un essaim, il existe des statuts différents : les mâles (appelés faux bourdons), les ouvrières, les reines. Tous naissent d'œufs parfaitement identiques ayant le même génome. Si l'œuf pondu par la reine n'est pas fécondé, la larve deviendra un mâle, assez différent en taille et en comportement de l'abeille ordinaire. S'il est fécondé, l'abeille deviendra femelle, ouvrière ou reine, en fonction de la nourriture reçue. Si elle est nourrie de gelée royale, la larve se transformera en reine, si elle est nourrie de miel et de pollen, elle se développera en ouvrière. Ainsi donc, un même œuf, donc un même ADN, peut produire un faux bourdon, une reine ou une ouvrière, en fonction de son alimentation.

Au départ, un même ADN ; à l'arrivée, des organismes variés. Il se passe la même chose chez tous les animaux à métamorphose (la chenille qui devient papillon). Le même processus se produit pour les cellules de notre corps. À partir de cellules souches, toutes identiques et portant le même génome, certaines vont devenir des globules rouges, d'autres des neurones, des cellules musculaires, osseuses, cutanées, hépatiques, etc. Ce n'est donc pas un programme génétique qui détermine leur destin. L'environnement agit en activant les gênes comme on compose des airs différents en appuyant sur telle ou telle note d'un même clavier.

Le génome n’est donc pas ce grimoire sur lequel est consigné le secret de la vie. Il ressemble plutôt à un alphabet de quelques milliers de lettres : mais comment ces lettres se combinent-elles pour former des mots (les molécules), des phrases (les cellules), des textes (les organismes) ? C’est une autre histoire.
Si la construction d’un être vivant n’est pas programmée au départ dans un plan prédéterminé, préétabli dans le patrimoine génétique, comment expliquer que les éléphants engendrent toujours des éléphants, que les roses donnent des roses, et les humains des humains ? S’il n’existe pas de plan préalable inscrit dans le génome, il y a tout de même une logique d’ensemble à l’œuvre… mais on ne sait pas laquelle. Actuellement, les chercheurs travaillent autour de plusieurs modèles évolutifs qui tentent de répondre à cette grande énigme de la genèse des formes vivantes.
Les mécanismes épigénétiques constituent de nouvelles cibles pour la mise au point de médicaments spécifiques. Ils témoignent aussi que, fort heureusement, quel que soit le patrimoine génétique dont on a hérité, les gènes ne font pas un destin.

Estime de soi

L’estime de soi désigne le jugement ou l’évaluation faite d’un individu en rapport à ses propres valeurs. Elle est aujourd’hui devenue une aspiration légitime aux yeux de tous, considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive. La question de l’estime de soi s’est même posée à certains responsables politiques. Ainsi, l’État de Californie avait décrété qu’il s’agissait d’une priorité éducative et sociale de premier ordre soulignant que « le manque d’estime de soi joue un rôle central dans les difficultés individuelles et sociales qui affectent notre État et notre nation ». Plus modestement, qu’en est-il aujourd’hui des connaissances psychologiques sur l’estime de soi ?
« L’estime de soi ? Eh bien, c’est comment on se voit, et si ce qu’on voit, on l’aime ou pas… », disait un jeune patient à Christophe André.
Pour ce dernier, grand spécialiste de la question, l’estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. Elle comporte des aspects comportementaux (elle influence nos capacités à l’action et se nourrit en retour de nos succès) et cognitifs

(elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin, l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne, elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour. Une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une autoévaluation plus fiable et plus précise.

Mais doit-on parler d'une ou de plusieurs estimes de soi ? Le concept d'estime de soi présente les mêmes difficultés que celui d'intelligence, la multiplicité de ses sources et de ses manifestations le rend particulièrement difficile à cerner clairement. Tout comme il semble exister plusieurs formes d'intelligence, il est bien possible que l'estime de soi soit la résultante de plusieurs composantes. Chez l'enfant, elle recouvre souvent au moins cinq dimensions : l'aspect physique (« est-ce que je plais aux autres ? ») ; la réussite scolaire (« suis-je bon élève ? ») ; les compétences athlétiques (« est-ce que je suis fort(e), rapide, etc.? ») ; la conformité comportementale (« les adultes m'apprécient-ils ? ») ; la popularité (« est-ce qu'on m'aime bien ? »).

Ces dimensions ne se distribuent pas forcément de manière homogène : un enfant peut, par exemple, présenter une estime de soi élevée dans les domaines de l'apparence physique et de la popularité, mais s'évaluer négativement en matière de résultats scolaires. Un autre phénomène cognitif intervient, l'importance accordée à chacun de ces domaines. Si l'enfant se juge favorablement sur le plan scolaire mais estime que ces compétences ne sont pas si désirables que cela dans le milieu où il évolue, l'estime de soi n'en sera alors pas confortée pour autant.

Ethnopsychiatrie

Comment comprendre, accompagner, soigner des sujets issus de cultures non occidentales, où les troubles psychiques s'expliquent autrement ? Tel est le défi que tente de relever l'ethnopsychiatrie auprès de populations migrantes. Certaines expériences migratoires provoquent des ruptures avec le monde d'origine. L'isolement familial, amical, linguistique peut entraîner chez le migrant des difficultés à élaborer un sens aux infortunes de l'existence. Avec différents risques à la clé : dysfonctionnements somatiques, psychiques, tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents. Dans les systèmes thérapeutiques traditionnels, la

responsabilité des maladies est imputée à l'action d'invisibles (*djinns*), à la violation de tabous, à des attaques de sorcières, etc. Plutôt que de les disqualifier comme croyances, il s'agit d'en comprendre les logiques implicites.
Georges Devereux (1908-1985) est considéré comme le père fondateur de la discipline. Il a toujours affirmé que la culture prescrivait à ses membres « la bonne façon d'être fou ». C'est comme si la société énonçait : « Vous ne devez pas être fou, mais si toutefois vous le devenez, voici la bonne manière de l'être ». Dès 1979, Tobie Nathan tiendra une consultation spécialisée à l'hôpital Avicenne de Bobigny, dans le service de Serge Lebovici. La connaissance de la culture d'un patient permet parfois d'éviter de grossières erreurs. Citons le cas d'une patiente sénégalaise reçue en institution et qui disait « avoir très peur des djinns ». Après plusieurs séances, il fallut une réunion d'équipe pour expliquer au psychologue qui la voyait depuis trois mois déjà que cette patiente ne parlait absolument pas d'un pantalon de toile bleue…

Évolutionniste (psychologie)

La tentation d'étendre les mécanismes de l'évolution aux comportements de l'être humain ne date pas d'hier. Charles Darwin lui-même, en 1871, exprimait le vœu qu'une science unifiée du comportement animal et humain soit un jour constituée. Elle est aujourd'hui relayée par une constellation de recherches animées du même projet : expliquer des conduites humaines actuelles à l'aide des raisons qui pèsent sur l'évolution du vivant en général. La plus structurée de ces disciplines s'appelle « psychologie évolutionniste ».
Lancée à la fin des années 1980, l'« évopsy » a été formalisée par Leda Cosmides, John Tooby et Jerome Barkow autour de quelques principes : la relative lenteur de l'évolution biologique (par rapport à l'histoire des cultures humaines), la modularité de l'esprit (les conduites sont gouvernées par des modules cérébraux spécialisés), la large diffusion, sinon l'universalité, des conduites observées. La démarche consiste à rapporter à des contraintes anciennes (qui prévalaient chez nos ancêtres chasseurs-cueilleurs) des traits, des attitudes, des comportements, des aptitudes ou des anomalies que l'on observe actuellement dans l'espèce humaine, toutes cultures confondues. Pour chacun de ces traits, une hypothèse évolutive est

avancée : remis dans le contexte ancien, le trait est considéré comme expliqué quand sa valeur adaptative, c'est-à-dire avantageuse du point de vue de sa reproduction ou de son maintien, est démontrée. La psychologie du développement montre, par exemple, que le bébé humain naît équipé de compétences et d'instincts tels que la reconnaissance des visages, la distinction entre êtres animés et inanimés et l'aptitude au langage : la tâche de l'évopsy est de montrer en quoi ces capacités ont été utiles à la survie de nos ancêtres.

Pour la philosophe Peggy Sastre, Leda Cosmides et John Tooby, deux de ses fondateurs, voient l'évopsy comme une « manière de penser la psychologie qui peut s'appliquer à n'importe quel de ses champs de recherche ». J'aime beaucoup l'idée qu'elle ait été envisagée par Darwin lui-même, quand il écrivait dans *l'Origine des espèces* : « J'entrevois dans un avenir éloigné des routes ouvertes à des recherches encore plus importantes. La psychologie sera solidement établie sur une nouvelle base, c'est-à-dire sur l'acquisition nécessairement graduelle de toutes les facultés et de toutes les aptitudes mentales, ce qui jettera une vive lumière sur l'origine de l'homme et sur son histoire ».

Mais cette vive lumière est profondément matérialiste : pour l'évopsy, le cerveau est un système physique dont les opérations sont subordonnées à des lois physico-chimiques. Tous nos espoirs, toutes nos pensées, tous nos rêves et toutes nos sensations sont uniquement produits par des réactions chimiques qui se passent sous notre crâne. C'est peut-être cette dimension qui dérange le plus en France, avec sa très ancienne et très ancrée tradition de sciences sociales fondées davantage sur des considérations philosophiques, voire idéologiques, que matérielles et accessibles à la méthode scientifique. C'est d'ailleurs une tradition que combat l'évopsy, qui voit le SSSM, le Standard Social Science Model, comme son adversaire conceptuel. Selon ce standard, un seul et unique mécanisme gouvernerait l'acquisition du langage, la reconnaissance des émotions et des expressions, l'appréciation de l'inceste, ou encore l'acquisition de jugements sur des choses ou des personnes : la culture.

F

Freud, Anna (1895-1982)

Psychanalyste et pionnière de l'analyse des enfants, Anna Freud est la dernière fille de Sigmund et de Martha Freud. D'abord institutrice, elle manifeste un intérêt pour la psychanalyse dès le début de l'adolescence et fait même une analyse avec son père – chose quasiment impensable de nos jours. En 1922, elle présente sa première étude sur les fantasmes de fustigation (l'envie d'être battue) et devient membre de la Société psychanalytique de Vienne.

En 1927, la publication de son *Introduction à la psychologie des enfants* entraîne un conflit avec Melanie Klein. Ces « grandes controverses » dureront plusieurs années et diviseront les psychanalystes britanniques. Ancienne institutrice, Anna Freud s'intéresse aux pratiques éducatives susceptibles de prévenir les névroses de l'adulte. Installée à Londres depuis 1926, Melanie Klein soutient des positions inverses : « l'éducation psychanalytique » s'avère secondaire, tandis que la thérapie est possible par le jeu, qui contourne les limites du langage pour révéler la symbolique de l'inconscient.

En 1936, dans *Le Moi et les Mécanismes de défense*, elle détaille comment, face à l'angoisse et au déplaisir, le moi va mettre en place des mécanismes de défense spécifiques : le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation rétroactive, la projection, le retournement contre soi, la transformation en contraire et la sublimation. *Le Normal et le Pathologique chez l'enfant* (1965) est considéré comme le livre le plus important d'Anna Freud.

Avec l'émigration des Freud à Londres en 1938, l'opposition entre les deux femmes est désormais frontale. La Société britannique de psychanalyse se retrouvera scindée en courants distincts se tolérant de plus ou moins bonne grâce : le groupe A de Melanie Klein, et le groupe B, autour des pouponnières de Hampstead, fondées par Anna Freud et Dorothy Burlingham en 1952. Chaque camp inspirera de nouvelles recherches. Parmi les plus connues, citons celles de l'annafreudien René Spitz (1887-

1974) sur la dépression du nourrisson, ou du kleinien Wilfred Bion (1897-1979) sur les mécanismes psychotiques précoces.
À sa mort, en 1982, ses cendres furent déposées à côté de celles de Sigmund Freud, au crématorium Golders Green de Londres. On retrouve des traces de l'influence d'Anna Freud dans l'*ego-psychology* ou « psychologie du Moi », qui s'est largement développée aux États-Unis dès les années 1950.

Freud, Sigmund (1856-1939)

Né en 1856 à Freiberg, en Moravie, Sigmund Freud a 3 ans lorsque sa famille s'installe à Vienne. Malgré la pauvreté de ses parents, cet élève brillant poursuit des études supérieures. Son amitié avec Wilhelm Fliess, sa collaboration avec Joseph Breuer, l'influence de Jean-Martin Charcot vont le conduire dans les années 1890 à repenser les processus et les instances psychiques, et en premier lieu les concepts d'inconscient, de rêve et de névrose, puis à proposer une technique de thérapie, la cure psychanalytique. Les années suivantes seront celles des grandes intuitions : sexualité infantile et complexe d'Œdipe. Des concepts, comme ceux de refoulement, de censure, de Moi et d'idéal du Moi, de narcissisme, ou davantage métapsychologiques comme les pulsions, la première et la seconde topique, ou l'angoisse de castration, l'amènent à développer, remanier et complexifier sa théorie.
Dans les dernières années de sa vie, sa vision pessimiste de l'espèce humaine s'exacerbe : Freud s'essaie à des écrits sur la religion comme illusion ou la répression des pulsions comme explication du malaise dans la culture. Travailleur acharné, il ne cessera jamais de faire évoluer sa théorie (*L'Interprétation des rêves* connaîtra huit remaniements en trente ans).
En 1933, sous le régime hitlérien, ses ouvrages sont brûlés publiquement, et Freud condamné à l'exil. Il meurt le 23 septembre 1939 à Londres, des suites d'un long cancer.
Vu du monde anglo-saxon, nos querelles au bazooka pour savoir quel crédit accorder à Sigmund Freud paraissent aussi incongrues que les débats sur la réforme de l'orthographe qui, au début de la première guerre du Golfe, déchiraient les intellectuels. « Vous êtes formidables, les Français !, nous disait un confrère américain. Vous avez 400 fromages, trois candidats trotskystes à la présidentielle, et 5 000 psychanalystes ! » Car pour les

anglophones, la chose est entendue : il n'y a ni à canoniser, ni à disqualifier Freud. C'est une figure historique, rien de plus, rien de moins. On considère que le psychologue du XX^e^ siècle ayant exercé le plus d'influence sur ses pairs aux États-Unis est Carl Rogers, quasi inconnu ici. Là-bas, Freud, c'est pour les musées. En réalité, Freud intéressa précocement les Américains, dès 1909, quand il fut convié à la Clark University pour présenter la psychanalyse. Celle-ci finit par susciter un engouement massif et par s'hybrider en divers courants tels que l'*ego-psychology* et la *self-psychology*, Freud finissant par intégrer l'imagerie du XX^e^ siècle au même titre qu'Albert Einstein tirant la langue ou Marylin Monroe sérigraphiée par Andy Warhol. Mais la psychanalyse déclina dès les années 1960, accusée d'échecs thérapeutiques et battue en brèche par de nouvelles disciplines comme la psychologie cognitive, puis par le *big bang* des neurosciences. Et voilà quatre décennies que la classification officielle de la psychiatrie américaine, le fameux *DSM*, suivie par celle de l'Organisation mondiale de la santé, a supprimé toute référence au vocabulaire, aux théories, et à la démarche même de la psychanalyse. Aujourd'hui, n'en déplaise à Woody Allen et à notre « hexagonocentrisme », 98 % des publications mondiales consacrées à la psychologie ne font absolument pas référence à Freud ou ses héritiers, qui n'occupent, au mieux, que quelques pages dans les grands manuels de psychologie anglo-saxons.

Les Français, quant à eux, ont porté Freud au pinacle avec cinquante ans de retard sur les Américains, dans une ferveur inversement proportionnelle à leur réticence initiale. Mais même au pays de Jacques Lacan et de Françoise Dolto, la psychanalyse reflue. D'où la déconvenue de bon nombre d'étudiants en psychologie qui, avec quelques notions freudiennes acquises en terminale (en cours de philo), se heurtent, dans bon nombre de facultés, à un cursus impliquant des statistiques, des neurosciences cognitives, voire de la génétique, réduisant le paradigme freudien à la portion congrue.

Longtemps, la plupart des ouvrages parlant de Freud se référaient presque exclusivement à son élogieuse biographie faite par Ernest Jones. Les études critiques de Pierre Janet, celles de Karl Popper, puis les recherches historiques menées par Henri Ellenberger ou Mikkel Borch-Jacobsen, ont conduit à remettre en question les cas de Freud. L'accès à certains documents relatifs à Freud demeure un point de polémique. Certaines lettres écrites par lui se trouvent en partie sous clé jusqu'à l'an 2060 dans les coffres de la Library of Congress à Washington. Ceux qui ont obtenu

l’autorisation de les examiner sont très rares. Pour d’autres lettres, il n’existe même pas de date de déblocage. Pour le non-initié, se forger une opinion nuancée sur Freud relève de l’exploit : le débat se résume en effet bien souvent à des vociférations et portes qui claquent sur la scène médiatique. Le déflagrateur *Livre noir de la psychanalyse* (2005), où quarante auteurs vandalisaient la statue du commandeur, suscita un tollé à la hauteur des attaques. Puis, quand le philosophe Michel Onfray brûla ce qu’il avait adoré avec son impitoyable *Crépuscule d’une idole. L’affabulation freudienne* (2010), il fut affublé de toutes sortes de noms d’oiseaux par des interlocuteurs ordinairement plus policés. Extrêmement documentés, les travaux de Mikkel Borch-Jacobsen sur les patients de Freud (2012) remettent en question les résultats thérapeutiques positifs annoncés par le maître viennois. Qui croire, entre ceux qui dénoncent les psychanalystes comme des précieux ridicules ou des tartufes, défenseurs d’une pratique qui n’a jamais fait ses preuves, cousine littéraire et jargonneuse de la méthode Coué, et ceux qui considèrent Freud comme un bastion menacé de l’humanisme, l’œil du cyclone, tandis que le monde globalisé aux relents néolibéraux instaure une politique de santé mentale basée sur l’efficacité à court terme et la rentabilité ?

Qui croire ? Personne, peut-être… Car pour la majorité des praticiens et des patients, la question ne se pose pas en termes aussi manichéens. D’éminents psychanalystes avouent sans ambages ne pas même recommander la lecture des cas cliniques controversés de Freud. Loin du fracas des polémiques, de nombreux jeunes psychologues, psychiatres et même psychanalystes ne l’ont jamais ouvert. S’ils s’inspirent de Freud, c’est de plus en plus souvent sans exclusive, ne dédaignant pas le mélanger à d’autres approches, y compris parfois les fameuses TCC (thérapies comportementales et cognitives). Plus encore qu’un appareil théorique, la psychanalyse est une pratique. Un outil, une source de réflexion, que l’on est libre de privilégier ou non suivant les exigences du terrain ou sa propre sensibilité. Pas un culte à son fondateur.

G

Génétique

Depuis une trentaine d'années, la génétique du comportement bénéficie d'une expansion spectaculaire, porteuse d'espoirs thérapeutiques et d'appréhensions plus ou moins légitimes. Nos gènes contiennent les instructions servant à l'élaboration de notre organisme. On estime que 20 % d'entre eux s'expriment dans le cerveau, grâce auquel nous percevons et interprétons le monde avant de produire les réponses les plus adaptées possibles. La génétique du comportement cherche dans quelle mesure notre « carte d'identité » génétique (ou « génotype ») peut influer sur nos comportements.

Les chercheurs ont longtemps privilégié l'observation, notamment d'enfants adoptés et de jumeaux, à environnements supposés égaux. Les enfants adoptés ressembleraient souvent plus à leur famille biologique qu'à leur famille adoptive. De même, deux vrais jumeaux se ressembleraient davantage, par le comportement, que deux faux jumeaux ou deux frères (ou sœurs) non jumeaux, et plus encore s'ils ont été élevés séparément. Malgré certaines difficultés de méthode, ces résultats attestent de l'influence probable de facteurs génétiques.

La génétique moléculaire, plus récente et plus précise, présente de meilleures garanties scientifiques : elle étudie, pour un individu ou une famille sur plusieurs générations, la liaison entre l'expression d'un comportement et les versions particulières (ou « allèles ») de certains gènes. Chez l'animal, la souris représente un cobaye privilégié en raison de la similitude de ses gènes avec les nôtres et de sa fréquence élevée de reproduction. Il est courant d'en comparer des spécimens génétiquement identiques à l'exception d'un gène inactivé. Il est également habituel de créer des souris transgéniques, auxquelles on a inoculé un ou des allèles soupçonnés, chez l'Homme, d'induire une pathologie ou d'altérer une fonction cognitive. L'observation des modifications du comportement consécutives à ces manipulations permet d'améliorer notre compréhension de l'action de gènes précis, et de tester des interventions thérapeutiques. Mais les résultats ne sont pas transposables tels quels chez l'être humain,

doté d'une plus grande souplesse adaptative et évoluant dans des environnements variés.
Qu'est-ce qui induit la différence de comportement et d'aptitude (intelligence, agressivité…), ou entre les sexes (cerveau féminin ou masculin) ? Quelle est la part de l'inné dans la formation de la personnalité et la cause des maladies mentales (autisme, dépression, etc.), de l'homosexualité ou de l'obésité ? La génétique renvoie à l'éternel débat entre l'inné et l'acquis. Bien des thèmes ont été passés au crible de cette question et donnent parfois lieu à des dérives regrettables – le nazisme n'en fut pas des moindres. En 1965, une étude dirigée par Patricia Jacobs annonçait la découverte d'un chromosome surnuméraire Y chez des sujets présentant une déficience mentale et une propension à la criminalité. L'affaire fit les gros titres des journaux (« on a découvert le chromosome du crime ! »), jusqu'à ce que ces présomptions soient invalidées. Si, en 1993, des chercheurs hollandais découvraient un lien chez certains individus entre une mutation du gène de la monoamine oxydase A et l'apparition d'un trouble du comportement marqué par l'hyperagressivité, cela dépend aussi de l'environnement dans lequel une personne évolue et ce qu'elle va en faire. Avoir tiré les mauvaises cartes à la grande loterie génétique ne fait pas un destin.

Gestalt

Au départ, la *Gestalt* est une réaction contre l'approche psychophysique qui dominait la psychologie au début du XX^{e} siècle, en prétendant expliquer tous les actes mentaux (perception, mémoire, calcul, etc.) en termes de phénomènes biologiques simples. Les partisans de la *Gestalttheorie* vont opposer à cette vision réductrice la nécessité de comprendre des « formes », c'est-à-dire des structures dotées de sens, de signification. Selon eux, dans tout acte mental, le sens émerge de la perception de la totalité de la situation et passe donc inaperçu si l'on se contente de décomposer et d'additionner les éléments qui composent l'acte en question.
Le premier exemple est celui que donna Christian von Ehrenfels dès 1890 avec la musique : si l'on perçoit, si l'on reconnaît et si l'on se souvient d'une mélodie, ce n'est pas parce que l'on a appris ou mémorisé chaque note qui la compose, mais parce que l'on a retenu l'harmonie entre les notes, la structure qui donne la mélodie et qui nous a émus. Ainsi se

comprend cette formule fondamentale de la psychologie de la forme : « Percevoir, c'est reconnaître une forme. »
De la même manière, Wolfgang Köhler a étudié les processus d'apprentissage et de résolution de problèmes chez les grands singes. Il a pu montrer que l'apprentissage se fait certes au début par essais et erreurs, mais qu'il progresse surtout à partir du moment où le sujet a compris la logique d'ensemble du mécanisme.
La *Gestalt* n'a pas exercé une grande influence en France, sauf peut-être par le biais de la phénoménologie. Aux États-Unis, elle a été en partie discutée par l'intermédiaire de Kurt Lewin, le fameux théoricien du « champ psychologique » et de la « dynamique des groupes ».

Groupe

Les groupes thérapeutiques ont connu un essor considérable dans les années 1960-1980, d'abord aux États-Unis, puis en Europe, et il en existe de nombreux types. L'expérience groupale permet souvent la reprise de certains contenus psychiques que la thérapie individuelle n'avait pas permis d'élaborer. Le groupe ouvre ainsi de larges possibilités de transferts, d'investigation et de remaniement, tout en étayant la structure psychique des individus qui le composent.
On oppose parfois les thérapies « de » groupe, qui mettent l'accent sur les phénomènes collectifs, dynamiques et inconscients, et les thérapies « en » groupe, continuation dans un cadre groupal des thérapies individuelles. Wilfried Bion distingue plusieurs phénomènes propres au groupe. La dépendance se formerait, selon lui, sur la conviction que le groupe est réuni pour recevoir de quelqu'un (thérapeute, chef) ou de quelque chose (idéal), la sécurité et la satisfaction de ses besoins. La théorie de Kurt Lewin, l'un des fondateurs de la psychologie sociale moderne, repose sur un principe gestaltiste : un tout est autre chose que la somme de ses éléments, et c'est la manière dont ces éléments s'agencent et se structurent entre eux, et non leurs caractéristiques intrinsèques, qui le caractérise.
Dans cette perspective, le groupe a une réalité propre. Du seul fait qu'elle existe, la majorité exerce une pression à se conformer, comme l'a bien montré l'expérience de Salomon Asch en 1951, dans laquelle les sujets avaient à évaluer les tailles de bâtonnets. C'était une tâche très simple, facile, sans aucune ambiguïté. Le hic, c'est que les sujets effectuaient cette

évaluation après avoir entendu plusieurs compères de l’expérimentateur donner des réponses fausses. Un nombre significatif des sujets se conforma à l’opinion de la majorité, en adoptant les réponses erronées ! Ils exprimèrent après l’expérience leur malaise de s’être trouvés dans une si troublante situation : d’abord persuadés qu’ils avaient raison, puis progressivement ébranlés par la constance des réponses de la majorité.

H

Humanisme

Le premier grand nom attaché à la psychologie humaniste est celui d'Abraham Maslow (1908-1970). Il est surtout connu pour sa « pyramide des besoins », proposée en 1943, qui hiérarchise les besoins humains en cinq niveaux : physiologie, sentiment de sécurité, appartenance à une famille ou à un groupe, estime des autres et de soi, accomplissement. On ne peut vraiment prétendre à la satisfaction d'un nouveau besoin que lorsque les précédents sont déjà pourvus. Si l'assouvissement des plus élémentaires évite la névrose, celui des plus complexes représente l'épanouissement personnel. Dans les années 1960, les recherches de Maslow se focalisent sur les « expériences paroxystiques » d'une trajectoire personnelle : extase mystique, aboutissement artistique ou plénitude amoureuse.

À la même période, Carl Rogers (1902-1987) propose des thérapies centrées sur la personne. Le thérapeute, non directif, doit faire preuve d'empathie et s'abstenir de tout jugement, afin d'accompagner son patient dans la découverte de ses valeurs réelles, de ses propres ressources, et dans son processus de changement. Cette approche laisse par ailleurs libre cours au corps, au ressenti émotionnel et à la communication non verbale.

Bienveillance et respect du patient dans son apprentissage de l'autodétermination caractérisent ainsi la psychologie humaniste (appelée parfois existentielle), qui propose une alternative au béhaviorisme et à la psychanalyse, alors prédominants aux États-Unis.

La « troisième force » humaniste draine de multiples courants visant à optimiser les ressources latentes chez chacun pour « devenir ce que nous sommes ». Il peut s'agir par exemple de trouver son équilibre avec la *Gestalt-therapy* de Fritz et Laura Perls, d'exorciser son passé avec la thérapie primale d'Arthur Janov, d'atteindre l'excellence en communication ou en *leadership* avec l'Analyse transactionnelle d'Éric Berne, de cultiver le bien-être avec certaines techniques de massage (dont le *rolfing* d'Ida Rolf), la relaxation (*training* autogène de Johannes Schultz, sophrologie d'Alfonso Caycedo, bioénergie d'Alexander Lowen)… La frontière entre développement personnel et spiritualité, voire ésotérisme, est parfois

franchie, avec la méditation transcendantale ou la psychologie transpersonnelle de Stanislav Grof, où l'on cherche, notamment par des techniques respiratoires, à traverser les limites de sa personnalité et, le cas échéant, de sa réincarnation actuelle.

Hyperactivité

Parmi les troubles psychologiques, peu suscitent autant de passions que l'hyperactivité, en particulier en France. S'agit-il d'une « fausse maladie mentale » ? Ou d'un trouble neurodéveloppemental caractérisé, nécessitant une prise en charge thérapeutique ? La Haute Autorité de santé a aujourd'hui tranché ce débat en publiant, en 2014, une recommandation de bonne pratique actant la reconnaissance du trouble de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Elle décrit la conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDA/H. Le *DSM-5* propose les mêmes critères diagnostiques pour définir le trouble à tous les âges de la vie, enfance, adolescence, âge adulte.

L'enfant souffrant de TDA/H, souvent appelé hyperactif, présente trois catégories de symptômes :

• **des troubles attentionnels** : l'enfant paraît dans la lune, ou dans sa bulle. Les parents se plaignent de devoir lui répéter dix fois la même consigne ; les enseignants soulignent son manque de concentration, ses fautes d'étourderie, ses oublis de matériel. Il a des difficultés pour organiser ses tâches et planifier ses activités ;

• **une impulsivité** : l'enfant répond trop vite aux sollicitations, sans attendre la fin des instructions. On lui reproche de « bâcler ». Il paraît mal élevé car il ne supporte pas d'attendre son tour, il interrompt les adultes ; en classe il prend la parole avant même qu'on l'interroge ;

• **une hyperactivité motrice** : « il bouge tout le temps », « il paraît monté sur un ressort », il parle trop, il tripote toujours quelque chose, il fait tomber son matériel, etc.

La forme mixte – avec les tous ces symptômes – est la plus fréquente chez l'enfant, mais on connaît aussi des formes à hyperactivité/impulsivité prédominante, et surtout des formes à inattention prédominante. Dans ce cas, nous avons affaire à des enfants hyperactifs qui « ne bougent pas », mais se caractérisent par leurs difficultés à rester concentrés.

L’enfant TDA/H souffre souvent d’une labilité émotionnelle et de fluctuations du rendement, qui font dire de lui qu’il peut bien faire lorsqu’il le veut bien. Or, sa volonté ne suffit pas : c’est un enfant en souffrance car il a du mal à inhiber son impulsivité et il se fait beaucoup réprimander.
La reconnaissance d’un TDA/H chez un enfant repose donc sur un diagnostic médical, avec l’évaluation des symptômes, leur expression dans plusieurs environnements (famille, école, activités extrascolaires), leur retentissement sur la vie quotidienne. Ce diagnostic, souvent étayé par des tests neuropsychologiques spécifiques, reste difficile à poser chez les enfants de moins de 6 ans. À l’école maternelle, en effet, l’agitation, l’impulsivité et le manque d’attention d’un enfant peuvent être transitoires ou correspondre seulement à un tempérament difficile. Le TDA/H est également difficile à repérer chez les adolescents. L’hyperactivité motrice a en effet tendance à s’atténuer, ses manifestations changent : l’adolescent TDA/H développe parfois une grande vulnérabilité aux conduites à risque. Il est, plus qu’un autre, sujet au tabagisme précoce, à la consommation d’alcool et/ou de substances, et aux conduites d’infraction des règles sociales.

Dans tous les cas, la prise en charge doit être double : psycho-éducative et scolaire. La psycho-éducation passe par l’information et la formation des parents pour augmenter leurs compétences parentales. Elle peut se faire sous forme de consultations ou de programmes spécifiques, tels que les groupes de Barkley où, sur une dizaine de séances de deux heures, les parents apprennent des techniques concrètes pour la gestion de la vie quotidienne, les devoirs, les sorties. Côté école, les enseignants sont invités à tenir compte des troubles attentionnels de l’enfant, et donc à le placer proche du tableau et de l’enseignant, raccourcir les exercices, donner du temps supplémentaire, faire des programmes de renforcements positifs, etc.
On peut adjoindre à ces pratiques des thérapeutiques spécifiques, médicamenteuses ou non. En France, le méthylphénidate est à ce jour le seul médicament indiqué dans le TDA/H (à partir de 6 ans). C’est un psychostimulant dont l’efficacité sur les symptômes de déficit attentionnel, d’hyperactivité et d’impulsivité a été mise en évidence depuis plus de soixante ans chez les enfants de 7 à 12 ans. En pharmacie, il porte des noms de spécialités variées ; les différences tiennent essentiellement dans les durées d’action, et donc dans la nécessité ou non de plusieurs prises quotidiennes.

Il peut être prescrit chez l'adolescent en prenant garde au « mésusage ». Il est en effet connu pour ses effets « dopants » et peut être absorbé abusivement par des jeunes en quête de sensations fortes.
Du côté des thérapies non médicamenteuses, la rééducation (orthophonie, psychomotricité…) aide pour les troubles des apprentissages mais aussi les capacités attentionnelles. Des praticiens, souvent neuropsychologues, proposent aussi des techniques dites de « remédiation cognitive » : entraînement de la mémoire de travail, apprentissage de nouvelles stratégies cognitives, etc. Ces techniques utilisent généralement des supports informatisés. Certaines équipes proposent aussi des remédiations cognitives par le biais de jeux vidéo ou de classes virtuelles.
Le *neurofeed-back* est une technique de réentraînement cognitif où l'enfant apprend à moduler son activité cérébrale en observant les modifications de celle-ci sur une tablette, lors de séances à domicile, avec un monitoring médical à distance.
En tout état de cause, il est aujourd'hui admis qu'il faut prendre en compte la souffrance l'enfant TDA/H tant dans le milieu scolaire que familial. Ce n'est ni un enfant mal élevé ni un simple « trublion ».

Hypnose

En 1780, dans une France pourtant guidée par l'esprit des Lumières, le sulfureux médecin autrichien Franz-Anton Mesmer fait convulser à loisir le tout-Paris, au cours des cérémonies du « baquet », traitements collectifs où sont censés se manifester des phénomènes contagieux de « crises magnétiques » provoquant des états de transes.
Un siècle plus tard, une querelle virulente oppose l'École de la Salpetrière, représentée par Jean-Martin Charcot et l'École de Nancy de Hippolyte Bernheim. Pour le premier, bien des patientes qui se plaignent de paralysie d'un membre ou du visage sont des hystériques. On peut donc, sous hypnose, recréer ou supprimer cette paralysie chez les hystériques. Pour le second, n'importe qui est hypnotisable en vertu d'un mécanisme central : la suggestion. Freud pratiquera sur ses premières patientes la méthode dite cathartique, procédé développé par l'autrichien Breuer à l'aide duquel le maître viennois les fait, sous hypnose, revivre affectivement des événements traumatiques enfouis, supposés être à l'origine de leurs troubles. Très vite, il trouve à la pratique des limites et des dangers : d'une

part, quand on cesse la cure, le symptôme revient ; d'autre part, dit-il, l'hypnose donne un trop grand pouvoir de suggestion au praticien. Tel ne sera pas l'avis de François Roustang. D'abord psychanalyste et élève de Lacan, il défendra, dans un article de 1978, le rôle de la suggestion dans la cure psychanalytique avant de tourner le dos au divan définitivement pour devenir une référence dans le monde francophone de ceux qui cherchent à théoriser et pratiquer l'hypnose.

Dès les années 1930, le psychiatre et psychologue Milton Erickson ambitionne de réhabiliter l'hypnose, en prônant une méthode moins directive. Pour Erickson, chacun possède en lui des ressources pour répondre de manière appropriée aux situations qu'il rencontre : il s'agit donc par l'hypnose d'aider le patient à utiliser ses compétences et ses possibilités d'adaptation personnelles. En France, l'un de ses élèves, Léon Chertok, bien que psychanalyste, décide de pratiquer et d'étudier l'hypnose dans son Laboratoire d'hypnose expérimentale, créé en 1971.

Si l'hypnose n'a pas pu prouver sa scientificité, étonnamment, c'est la science qui va venir à son secours. À partir des années 1990, le développement de l'imagerie cérébrale permet d'observer l'activité cérébrale par le biais des variations locales du débit sanguin. À la stupéfaction générale, les chercheurs s'aperçoivent que quand on hypnotise une personne, certaines zones de son cerveau s'activent, d'autres non. En 1992, dans le service de chirurgie plastique du CHU de Liège, l'équipe de l'anesthésiste Marie-Elisabeth Faymonville tente un nouveau protocole qui combine anesthésie locale, hypnose et sédatifs. Pendant l'acte chirurgical, on demande au patient de revivre un souvenir agréable. Les résultats sont stupéfiants : non seulement l'hypnose permet de donner moins de médicaments aux patients, mais ils abordent l'intervention avec moins d'anxiété. Autrement dit, grâce à l'hypnose on peut avoir moins mal, mais on peut aussi avoir moins peur d'avoir mal…

L'autre champ d'application de l'hypnose reste bien sûr les psychothérapies. Stress, anxiété, traumatisme après une agression sexuelle, tabagisme, addictions, grignotage intempestif… L'hypnose se propose de soigner tous les maux de l'individu contemporain et semble séduire de plus en plus de patients, attirés par la promesse de résultats rapides.

I

Identité

« Je pense, donc je suis », écrivait René Descartes. Le simple fait de penser prouverait qu'un « je » existe. Depuis fort longtemps, philosophes et penseurs en tous genres, du Bouddha aux neurologues en passant par David Hume et Marcel Proust, ont essayé de découvrir ce qui peut bien conférer leur unité à nos expériences. En vain. Il y a bien des pensées, des émotions, des sentiments, mais aucune entité qui perdurerait à travers le temps et à qui l'on pourrait les attribuer.

Il n'existe pas d'organe ou de partie de nous qui serait notre moi. Notre cerveau joue bien sûr un rôle fondamental, mais nulle part il n'est possible d'y déceler le moindre siège de l'identité personnelle ou de la conscience. C'est là que réside le tour de passe-passe (« *the trick* ») de l'*ego* : une capacité qu'aurait le cerveau de générer une impression d'unité et de continuité à partir de processus cérébraux disparates et discontinus. Capacité qui serait d'ailleurs mise à mal sous l'emprise de certaines drogues, dans certains troubles de la personnalité et dans certaines pathologies mentales. Chercher à localiser l'identité personnelle dans le cerveau reviendrait donc à commettre une erreur de catégorie. Notre *je* ne consisterait pas en un substrat cérébral, stable et continu, mais serait ce que font notre cerveau et notre corps, puisque le premier ne fait pas grand-chose sans le second. Or, si notre *moi* s'apparente à une modalité d'action, l'identité personnelle doit être plus malléable que s'il correspond à une substance ou à une structure cérébrale. Dans ce cas, peut-on encore considérer que notre *je* d'aujourd'hui est le même que celui d'il y a vingt ans et que celui qui sera, ou plutôt qui agira, dans vingt ans ?

Imagerie cérébrale

Que je lise, rêve, pense, conduise ma voiture, joue aux cartes ou pleure devant un film, mon cerveau est nécessairement sollicité. Mais les structures cérébrales ne se laissent pas aisément « décortiquer ». Longtemps, la psychologie ne disposait que de deux méthodes pour étudier

les fonctions cognitives et leurs rapports au cerveau : la chronométrie mentale, qui mesure le temps nécessaire à une personne pour effectuer une tâche et les erreurs qu'elle commet, et l'étude de patients qui, suite à une lésion cérébrale, présentent des troubles cognitifs.
Si les premières techniques d'imagerie apparaissent dans les années 1970, la véritable révolution a lieu dans les années 1990, avec l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, ou IRMf. Non invasive, elle repose sur des modifications de concentration d'oxygène dans le sang, et permet d'obtenir des images des zones du cerveau activées lors d'une tâche cognitive. On peut voir, quasiment en temps réel et avec la plus grande précision possible, l'activité du cerveau.
Au niveau expérimental, avec des sujets sans lésion cérébrale, l'IRMf permet de comprendre quelles aires du cerveau sont nécessaires à la lecture d'un mot, la vision des couleurs, la remémoration d'un souvenir ou encore pour effectuer une soustraction.
L'imagerie a maintenant un rôle de première importance pour le diagnostic précoce de certaines maladies, comme la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques ou la maladie de Creutzfeldt-Jakob, ou pour vérifier l'effet des rééducations des fonctions altérées.
Depuis quelques années, un nouveau domaine de recherches se développe : il s'agit de la conscience, au centre de débats passionnés entre psychologues, neurobiologistes et philosophes. Peut-on réduire la conscience, subjective par essence, à une simple fonction mentale ? À suivre…

Inconscient

L'opposition entre phénomènes conscients et inconscients est déjà présente au XVIII^{e} siècle dans les travaux de philosophes comme Leibniz, et continuera d'être développée au cours du siècle suivant, notamment par Eduard von Hartmann, auteur d'une *Philosophie des Unbewussten* (1869) traduite en *Philosophie de l'Inconscient*, première apparition du mot en français. Au XIX^{e} siècle, dans la philosophie romantique allemande, Friedrich W. Schelling, Arthur Schopenhauer ou Friedrich Nietzsche détrônent l'idée d'une conscience libre et souveraine au profit d'une « force vitale » invisible qui guide nos destinées et nous pousse à agir. Carl Gustav Carus propose dans l'ouvrage *Psyché* (1846) une description de

l’inconscient en trois strates : l’inconscient général absolu, l’inconscient absolu partiel et l’inconscient relatif.

La deuxième source de l’inconscient est celle de la neurologie. Dès les premières recherches sur le cerveau, un modèle neurophysiologique de l’inconscient est avancé avec l’idée d’« inconscient cérébral », qui apparaît au XIX^e^ siècle sous la plume de John Hughlings Jackson. Les processus inconscients sont vus comme des activités réflexes forgées au cours de l’évolution. Mais le véritable créateur de la notion d’inconscient est Theodor Lipps, professeur de psychologie à Munich. Dans son ouvrage *Les Faits fondamentaux de la vie psychique* (1883), il envisage l’inconscient comme l’ensemble des activités « représentantes du passé, mais toujours actives en moi sans que j’en aie conscience ». Sigmund Freud était au courant de ces travaux. Le 31 août 1898, il écrit à Wilhelm Fliess à ce sujet : « J’ai retrouvé dans Lipps mes propres principes très nettement exposés, un peu mieux peut-être que je ne l’aurais désiré. (…) D’après Lipps, le conscient ne serait qu’un organe sensoriel, le contenu psychique une simple idéation, et les processus psychiques demeureraient tous inconscients. Il y a concordance jusque dans les détails ; peut-être la bifurcation d’où partiront mes idées nouvelles se révélera-t-elle plus tard. »

La troisième source est « psychopathologique ». Le psychiatre suisse Eugen Bleuler, exact contemporain de Freud et théoricien de la schizophrénie, aborde les psychoses sous l’angle psychologique et parle de « psychologie des profondeurs ». À la même époque, Pierre Janet pense ces phénomènes psychiques comme l’expression d’une instance « subconsciente ». L’idée qui domine est qu’il existe des forces inconscientes qui sommeillent en nous, et qui peuvent être révélées durant le sommeil ou par hypnose et sous l’empire de la suggestion. Cette théorie ne concernerait pas uniquement les individus, mais aussi les foules entières qui se laissent en quelque sorte magnétiser, hypnotiser par les meneurs. Si Freud évoque la question de traumas infantiles inconscients pour la première fois dans ses Études sur l’hystérie, il théorisera véritablement l’inconscient dans son *Interprétation des rêves*, en 1900, avant d’en faire l’objet d’un essai dans sa *Métapsychologie*, en 1915.

Freud a élaboré successivement deux modèles du psychisme, appelés « topiques » (du grec *topos* = lieu). Dans la première « topique », il distingue trois instances : l’*inconscient* est la partie la plus ancienne du psychisme où s’affrontent les pulsions sexuelles et les pulsions

d’autoconservation ; le *préconscient* joue un rôle de « filtre » en refoulant dans l’inconscient les pulsions inacceptables pour la conscience ; le *conscient* n’est donc que la partie la plus superficielle de la personnalité.
D’après Freud, nos actes manqués, y compris les représentations, qui seraient des « actes psychiques », répondent à des raisons, des désirs non formulés. La psychanalyse est précisément une méthode d’investigation des processus psychiques inconscients. Dans le rêve, le mot d’esprit ou les actes manqués, les lacunes ou les déformations du discours renseigneraient sur des désirs inconscients. L’analyse du rêve, « la voie royale qui mène à l’inconscient » selon l’auteur, permettrait de découvrir des mécanismes de symbolisation et de déformation – le rêve pouvant être la satisfaction d’un désir inconscient.
À partir de 1920, Freud propose une seconde topique du psychisme, articulée autour de trois instances : le « ça », le « surmoi », le « moi ». Le ça inclut l’inconscient ; c’est le réservoir des pulsions humaines archaïques. Force brute, imperméable à la raison ou à la morale, c’est « un chaos, une marmite pleine d’émotions bouillonnantes ». À la dimension proprement sexuelle de ces pulsions s’ajoute la pulsion de mort.
Freud proposera un temps d’abandonner la notion d’inconscient, qui serait source d’ambiguïté, et de la remplacer par le ça. Malgré ses réserves à l’égard de ce terme ambigu, le mot « inconscient » va être largement exploité par la suite sous des formes différentes.
Jung s’était déjà séparé de Freud pour déployer sa propre théorie de l’inconscient. Pour lui, l’inconscient n’a pas forcément de contenu sexuel. Il s’exprime par ailleurs au travers d’archétypes et de thèmes universels que l’on retrouve dans les mythes, les contes et les rêves. C’est en ce sens qu’il parle d’« inconscient collectif ». Certains psychanalystes ont développé quant à eux la notion d’« inconscient groupal », en considérant qu’au sein des groupes se développent des traits de personnalité comparables à ceux d’un individu (Didier Anzieu, René Kaës). De son côté, Jacques Lacan dira de l’inconscient qu’il est « structuré comme un langage ».
Il s’agit alors d’appliquer au psychisme les catégories de la linguistique saussurienne : toute trace mnésique peut être comparée à un élément de parole portée par un signifiant, dotée d’un contenu (un signifié) qui renvoie à un certain réel (un référent). Ainsi Lacan opère-t-il le mariage caractéristique de l’époque structuraliste entre la théorie de l’inconscient et la linguistique. C’est notamment cet aspect de son enseignement qui séduit

nombre de ses contemporains (Louis Althusser), et intéresse durablement les philosophes (Alain Badiou, Slavoj Zizek). Selon Lacan, tout signifié étant à son tour susceptible de se comporter comme un signifiant, le sens, et donc le contenu de l'inconscient peuvent continuer de nous échapper indéfiniment.
La psychanalyse américaine délaissera la question de l'inconscient au profit d'une analyse du moi et de ses troubles (*ego-psychology* et *self-psychology*). Dans les années 1990, le terme « inconscient » fait sa réapparition en psychologie cognitive. Très différente de la conception psychanalytique, l'idée d'inconscient cognitif peut prendre plusieurs visages : perception subliminale (réagir à un son, une image, mais sans en avoir conscience), automatismes mentaux (conduire une automobile tout en pensant à autre chose), apprentissage implicite.

Intelligence

Plus d'un siècle après sa naissance, le débat autour de la définition et de la mesure de l'intelligence n'est toujours pas clos.
« Il est courant chez les pessimistes de dire qu'il y a autant de définitions de l'intelligence qu'il y a de spécialistes, les optimistes pensant, eux, qu'il y a seulement autant de définitions que de théories », résume le psychologue Roger Lécuyer.
« Dire de quelqu'un qu'il est intelligent, c'est porter un jugement de valeur », affirme le psychologue Paul Guillaume (1878-1962). La conception, et donc la définition de l'intelligence, est un enjeu important, d'autant que par le passé, certains innéistes, comme Francis Galton et Arthur Jensen, se sont saisis de cette définition pour justifier les inégalités sociales ou raciales.
Quelles ont été les définitions successives de l'intelligence ? En 1904, le psychologue anglais Charles Spearman est le premier à identifier un facteur général d'intelligence générale – le facteur G : plus on est bon dans une épreuve d'intelligence, plus on a de chances de l'être dans les autres (on dit que ces épreuves sont corrélées). Trente ans plus tard, le psychologue américain Louis Thurstone isole à l'inverse cinq facteurs spécifiques : numérique, verbal, spatial, fluidité verbale, raisonnement. Las ! On découvre ensuite que tous ces facteurs sont en fait reliés. Chassé par la porte, le facteur G revient par la fenêtre.

Aujourd'hui, un large consensus s'est établi autour du modèle hiérarchique de l'Américain John Bissell Carroll qui, en 1993, conçoit l'intelligence selon une pyramide à trois niveaux : à la base, on trouve une trentaine de capacités spécifiques (raisonnement, mémoire visuelle, fluidité des idées, aisance numérique, vocabulaire…). Au deuxième niveau, ces capacités se regroupent en huit grands facteurs (intelligence fluide, intelligence cristallisée, mémoire, vitesse de traitement de l'information…). Au sommet de la pyramide, se trouve un facteur d'intelligence générale.

Parmi ces notions, on peut repérer deux composantes qui sont, depuis les travaux de Raymond Cattell en 1966, classiquement opposées :

• **l'intelligence fluide** (ou logico-mathématique) regroupe les capacités de raisonnement et de logique. Elle ne dépend pas des apprentissages, ni de la culture du sujet ;

• **l'intelligence cristallisée** (ou verbale) est au contraire basée sur des connaissances ou des capacités acquises : compréhension du langage, richesse du vocabulaire, capacités de lecture, etc.

Actuellement, en psychologie cognitive, on n'emploie guère le terme trop connoté d'intelligence. On parle plutôt de performances dans des domaines variés comme les fonctions exécutives, de flexibilité, de contrôle, de vitesse de traitement, de capacités de la mémoire de travail, de raisonnement : en fait, les grands facteurs du modèle de Carroll. Le fameux facteur G serait une combinaison entre notre rapidité à traiter l'information et notre capacité à nous concentrer et à gérer un problème.

À côté de l'intelligence logico-mathématique et verbale, privilégiée par le système scolaire, certains cherchent d'autres formes d'intelligence plus spécifiques. Pourquoi ne pas admettre qu'il en existerait aussi dans le domaine du sport, de la danse, de la musique, des relations sociales ?

Howard Gardner propose une vision très large de l'intelligence. Pour lui, c'est « la faculté de résoudre des problèmes et de produire des biens qui ont de la valeur dans une ou plusieurs cultures ou collectivités ». Il se fonde sur les études de génies, et sur les recherches en neurosciences ayant localisé certaines fonctions psychologiques au sein de diverses régions cérébrales. Il définit neuf formes d'intelligence, dans une sorte de liste à la Prévert qu'il laisse d'ailleurs ouverte : intelligence logico-mathématique ; langagière ; visuo-spatiale ; musicale ; corporelle (mise en œuvre dans la danse ou le sport) ; émotionnelle, parfois divisée en intrapersonnelle (faculté à bien se comprendre soi-même) et interpersonnelle (faculté à bien comprendre les

autres) ; mais aussi naturaliste (capacité à reconnaître les animaux, les plantes – il cite Buffon et Carl von Linné) ; et enfin existentielle (il pense à Jean-Paul Sartre ou au dalaï-lama !). Cette théorie connaît un grand succès public, notamment parce que tout le monde réussit à y trouver son compte. Chez les psychologues, l'enthousiasme est nettement moins grand : ils déplorent son faible intérêt scientifique. Parmi les reproches, le chevauchement important des différentes formes d'intelligence, et surtout l'absence d'une tentative de modélisation de leurs relations.
Cependant, après Gardner, le champ était ouvert pour accueillir de nouvelles formes d'intelligence. Daniel Goleman reprend l'idée d'une intelligence émotionnelle, qu'il définit comme la capacité à connaître et réguler ses propres émotions ainsi que celles des autres, et à utiliser cette information pour le contrôle de ses comportements. Ce qui aboutira à la notion de QE, le quotient émotionnel, peu validé scientifiquement mais populaire dans les médias.
Facteur G, intelligences multiples, intelligence en situation… Ces définitions hétérogènes de l'intelligence posent une seconde question : au fond, à quoi cela sert-il d'être intelligent ?

Les théories de l'intelligence

• Conception unitaire : un facteur g

1904, Charles Spearman. Grâce à l'analyse factorielle, méthode statistique qu'il a inventée, Spearman avance qu'un facteur général d'intelligence (le facteur G) influe sur toutes les performances intellectuelles.

• Conception multifactorielle

1938, Léon L. Thurstone. En affinant les techniques d'analyse factorielle, Léon Thurstone conteste l'existence du facteur G, et postule plusieurs facteurs indépendants. Les premiers facteurs qu'il propose sont par exemple V (compréhension verbale), S (aptitude spatiale), R (raisonnement), N (aptitude numérique), W (fluidité verbale), P (vitesse perceptive).

• Une synthèse

1993, John B. Carroll. Reprenant les conclusions de 460 études, il élabore un modèle hiérarchique à trois strates. Au niveau 1, une quarantaine de facteurs spécifiques (mémoire visuelle, temps de réaction, vocabulaire…), procédant, au niveau 2, de huit facteurs de groupe relativement indépendants comme l'intelligence fluide (raisonnement logique), l'intelligence cristallisée (connaissances acquises), la mémoire générale… Le tout est coiffé par un facteur d'intelligence générale au niveau 3.

• Les intelligences multiples

1983, Howard Gardner. S'appuyant sur des études de cas, Howard Gardner fait voler en éclats le modèle traditionnel de l'intelligence unique, et propose sept nouvelles formes d'intelligence : langagière, logico-mathématique, visuo-spatiale, musicale, kinesthésique, interpersonnelle (compréhension d'autrui) et intrapersonnelle (compréhension de soi). En outre, il défend aujourd'hui une intelligence naturaliste (compréhension de l'environnement naturel), et envisage une intelligence spirituelle (ou aptitude à s'interroger sur la destinée).

• Théorie triarchique

1985, Robert Sternberg. À la différence de Gardner, Robert Sternberg a évalué empiriquement trois intelligences indépendantes : intelligence analytique (de type scolaire), intelligence créative (adaptation à la nouveauté) et intelligence pratique (faculté de faire appel à des connaissances acquises).

• D'autres intelligences ?

Les intelligences sociale et émotionnelle sont parfois postulées, rappelant d'ailleurs l'interpersonnelle et l'intrapersonnelle de Gardner. Aucun de ces modèles, ni des nombreux autres non présentés ici, ne paraît pleinement satisfaisant : l'intelligence, ou les intelligences, reste insaisissable.

• Une approche globale de la personnalité

Pour Henri Wallon, médecin et philosophe, la continuité entre le biologique et le social fait l'unicité de l'Homme. Son approche du développement de l'enfant résulte d'une double influence, le darwinisme et le marxisme : le

milieu auquel celui-ci doit s'adapter n'est pas seulement biologique (ou physique), il est aussi social. Wallon envisage le développement de la personnalité par stades successifs, dans une vision globale qui prend en compte en alternance l'affectivité et l'intelligence.

• Une théorie constructiviste de l'intelligence

La théorie de l'intelligence de Jean Piaget va connaître, progressivement au cours du XX^{e} siècle, un impact international, dû à :

- une orientation cognitive : Piaget s'attache à la genèse des processus mentaux qui permettent d'accéder aux connaissances ;
- une vision structuraliste : l'organisation cognitive s'autostructure par un ensemble d'acquisitions organisées et ordonnées sous forme de stades de développement ;
- une théorie constructiviste : Piaget dépasse l'opposition entre les principales théories de l'époque : le béhaviorisme, pour lequel les connaissances sont entièrement acquises et le maturationnisme, dans lequel le développement intellectuel découle de la maturation du potentiel génétique de l'individu (innéisme). Pour lui, l'intelligence se construit par des interactions entre le sujet et son milieu.

• L'ancrage social du développement

Le psychologue russe Lev S. Vygotski (1896-1934) donne au contexte social une importance majeure. Trois axes structurent sa théorie :

- l'ancrage social du développement : c'est par les échanges avec les autres que l'enfant développe sa pensée en intégrant des connaissances, elles-mêmes forgées par l'histoire et la culture de la société ;
- le rôle premier du langage : ces connaissances sont véhiculées par des instruments psychologiques entièrement culturels : le langage d'abord, les manières de compter, l'écriture, les formes d'art… ;
- l'apprentissage préalable au développement : c'est par l'apprentissage que se développe la pensée. Sa notion de « zone proximale de développement » connaîtra un grand succès dans la pédagogie de l'apprentissage.

J

James, William (1842-1910)

William James est en proie à une sévère dépression quand, tout à coup, en avril 1870 – il a alors 28 ans –, en lisant les *Essais de critique générale* de Charles Renouvier, philosophe fort connu à l'époque, il découvre une théorie du libre arbitre qui l'aide à sortir de sa torpeur. Dans son Journal, à la date du 30 avril 1870, il note : « Mon premier acte de libre arbitre sera de croire dans le libre arbitre. » C'est aussi une façon de sortir d'un dilemme philosophique et moral qui le hante. La vision de l'Homme réduit à un déterminisme biologique l'attire et l'inquiète à la fois. Comment la concilier avec l'autre conception de la nature humaine, celle qui accorde la liberté, la conscience, le sens moral ?

James est souvent présenté comme le fondateur de la psychologie en Amérique. Il l'affirme, d'ailleurs : « La première conférence de psychologie à laquelle j'ai assisté, c'est moi qui l'ai donnée. » À 30 ans, il donne ses premiers cours de psychologie à Harvard. Trois ans plus tard, il crée le premier laboratoire dans le sous-sol de l'université de Cambridge.

Durant les vingt années qui suivent, James établit la distinction entre mémoire à court terme et mémoire à long terme. Il propose également sa fameuse théorie des émotions, selon laquelle ce sont les états du corps (tremblement, sueur) qui déclenchent les émotions (la peur), et non l'inverse. « C'est le sourire qui rend heureux ! », écrit-il.

Les années suivantes, James va d'abord les consacrer à défendre une nouvelle philosophie, le pragmatisme, dont il est le fondateur avec Charles S. Peirce et John Dewey. Ses préoccupations le portent ensuite à étudier les expériences religieuses puis, à la fin de sa vie, le spiritisme et les phénomènes paranormaux.

Janet, Pierre (1859-1947)

Pierre Janet est à la fois philosophe et médecin. Dans sa thèse de lettres, *L'Automatisme psychologique* (1889), il s'intéresse aux phénomènes qui échappent à la volonté du sujet : il étudie, par exemple, la manière dont les

hypnotisés ou les médiums écrivent des textes sans en avoir conscience, de façon automatique. Pour lui, ces faits ne sont pas réductibles à des causes physiologiques, comme le pensaient Théodule Ribot ou Jean-Martin Charcot, ils ont un caractère psychologique et sont accompagnés d'une certaine forme, rudimentaire, de conscience. Ce « rétrécissement du champ de la conscience » explique la « dissociation » du moi qui peut conduire à la formation d'une double personnalité. Il rend célèbre une domestique normande, Léonie qui, hypnotisée, présente trois personnalités. Il approfondit ces travaux dans sa thèse de médecine publiée en 1893, *L'État mental des hystériques*. À partir de 1901, Janet élabore une théorie psychologique qui lui permet de réunir « diverses maladies en une seule » sous le néologisme de « psychasthénie » (étymologiquement : manque de force psychologique). Il s'intéresse aux symptômes – sentiment d'incomplétude, doutes, idées obsédantes –, qui découlent d'une maladie à la mode à l'époque, la neurasthénie ou faiblesse des nerfs. Au même moment, Sigmund Freud décrit et analyse en termes de névrose obsessionnelle des troubles correspondant approximativement à la psychasthénie.
Après la Seconde Guerre mondiale, son œuvre tombe en grande partie dans l'oubli. Elle a été redécouverte aux États-Unis, dans les années 1980, à la faveur de l'« épidémie » de personnalités multiples. Elle est aussi revendiquée par les tenants des thérapies cognitivo-comportementales.

Jung, Carl Gustav (1875-1961)

Quiconque a lu, ou même feuilleté, l'autobiographie du psychanalyste suisse Carl Gustav Jung, écrite en 1957, quatre ans avant sa mort, avec l'aide d'Aniela Jaffé, n'a pu qu'être saisi par la sincérité avec laquelle celui que l'écrivain Hermann Hesse voyait tel « une montagne immense, un extraordinaire génie », raconte comment s'est modelée sa pensée. On a glosé sur les véritables raisons de sa brouille avec Freud – qui a même fait l'objet d'un film de David Cronenberg, *A Dangerous Method* (2011) : était-ce dû à la liaison de Jung avec une de ses patientes, Sabina Spielrein ? Ou à cette façon, bien différente de celle de Freud, de s'appuyer sur le religieux et le mythologique, faisant de Jung, aux dires de certains, non plus un psychanalyste mais un théologien ? À son refus de considérer la sexualité

infantile et le complexe d'Œdipe comme les organisateurs de la vie inconsciente du sujet ?
On a prétendu qu'il avait des accointances avec les idées nazies. Affirmé que si certains de ses écrits sont restés longtemps cachés, c'est qu'ils dévoilaient l'étendue de sa folie. Il n'empêche : cinquante ans après sa mort, Jung reste un important chercheur des profondeurs de l'âme humaine, qui a mis en lumière des concepts souvent majeurs (même si parfois discutables), dont l'inconscient collectif (une couche beaucoup plus profonde de l'inconscient et commune à tous, héritage de l'évolution de l'espèce humaine et constituée par les instincts et les archétypes), la thérapie en face à face, l'enfant intérieur ou les types psychologiques.
Dans son premier ouvrage important de l'après-Freud, *Types psychologiques*, (1921), Jung définit des « types psychologiques », concept largement galvaudé depuis. L'orientation introvertie correspond aux individus qui sont conduits par des facteurs subjectifs, alors que les personnalités extraverties accordent une importance beaucoup plus importante au monde extérieur. Jung définit également les quatre fonctions d'orientation du conscient : la sensation, la pensée, le sentiment et l'intuition. Il existe donc des intuitifs introvertis comme des sensitifs extravertis. Attitudes et fonctions peuvent évoluer au fil des changements et des temps critiques d'une vie.
Deux autres notions phares, fortement liées l'une à l'autre, sont celles de *persona* et d'*ombre*. Le terme de *persona*, issu du théâtre antique, désigne le masque porté par les acteurs. En tant que masque, la *persona* ne correspond pas à ce qu'un individu est réellement, mais à ce que lui-même et les autres pensent qu'il est. L'identification au statut social, au rôle familial, aux diplômes obtenus participe à la formation de la *persona*. L'ombre est la partie cachée de la personnalité. Elle renferme dans l'inconscient l'ensemble des éléments psychiques, personnels et collectifs, qui ne sont pas vécus pour cause d'incompatibilité avec le mode de vie consciemment choisi. En cela, l'ombre compose une personnalité autonome, dont les tendances s'opposent à celles du conscient. L'ombre de Jung lui apparaîtra dans un rêve sous la forme d'un adolescent inconnu à la peau foncée, aux tendances sauvages et meurtrières…
L'influence de Jung a essaimé dans deux directions : d'une part *via* la constitution d'associations psychanalytiques structurées en Europe et surtout aux États-Unis, d'autre part, par la mouvance New Age, vers le

développement personnel ou des pratiques proches du syncrétisme spiritualiste.

K

Klein, Melanie (1882-1960)

Enfant peu désiré, Melanie Klein grandit à Vienne dans une famille juive orthodoxe, marquée par la très forte personnalité de la mère, Libussa. Son enfance et son adolescence sont ponctuées de nombreux deuils : sa sœur Sidonie, son père puis son frère aîné. Ces décès et son mariage malheureux à l'âge de 21 ans, qui se solde par un divorce, la plongent dans une longue dépression. Mais ces épreuves seront probablement à l'origine de certaines de ses théorisations les plus élaborées – à commencer par sa conception des relations d'objet et de la position dépressive. Ce que Melanie Klein appelle « objet » est tout ce que l'enfant va investir affectivement. Ils deviennent des objets internes quand l'enfant les intègre à son psychisme, les intériorise. D'abord partiels (le sein ou le ventre maternel, le pénis paternel), ils sont ensuite totaux : le père, la mère, ou le couple parental. Les relations du nourrisson à ces objets se déroulent selon deux phases successives : la position schizoparanoïde et la position dépressive. La position schizoparanoïde correspond aux quatre premiers mois de la vie, durant lesquels le nourrisson considère sa mère comme faisant partie de lui, et va combattre la peur de la perdre. Cette phase est suivie de la position dépressive, quand l'enfant accepte cette perte et les sentiments de tristesse et de culpabilité qui en découlent. Ses conceptions sur la psychanalyse des enfants ont toujours été menées pour permettre de comprendre le fonctionnement psychique adulte. Par exemple, la position dépressive du nourrisson est surmontée au cours de l'enfance, et est réactivée à l'âge adulte dans le deuil ou dans les états dépressifs. Le concept d'identification projective, qui définit un phénomène réunissant identification (se reconnaître, comme dans un miroir) et projection (faire endosser ses sentiments à un élément extérieur) deviendra central pour comprendre la question des psychoses.

Après une première analyse avec Sándor Ferenczi, elle s'installe à Berlin en 1921 et y rencontre Karl Abraham, avec qui elle fait une nouvelle analyse. C'est l'époque de sa remise en question de la date du complexe d'Œdipe. Pour Sigmund Freud, cette phase, qui correspond aux sentiments

amoureux et hostiles de l’enfant pour ses parents, a lieu autour de la cinquième année. Klein la situe beaucoup plus précocement, vers le sevrage du nourrisson. Sa chance sera d’aller à Londres en 1926, alors en pleine ébullition psychanalytique. Elle y devient le chef de file d’un mouvement qui promeut la psychanalyse des enfants avec un cadre de traitement strictement psychanalytique, à l’opposé de celui d’Anna Freud, qui préconisait un cadre plus « éducatif ». Pour Klein, le jeu est l’équivalent chez les enfants des associations libres des adultes (méthode psychanalytique selon laquelle la personne doit s’efforcer de dire tout ce qui lui vient à l’esprit) et leur permet d’exprimer leurs angoisses, leurs fantasmes, leur culpabilité ou leurs pulsions.

L’œuvre kleinienne a été reprise par de nombreux « disciples » : Serge Lebovici, Donald Meltzer, Herbert A. Rosenfeld, Wilfried R. Bion. Adorée par certains, rejetée en bloc par ses détracteurs, Melanie Klein doit ces réactions passionnées autant à sa personnalité complexe et son intransigeance qu’à l’originalité de ses travaux. Pour Serge Lebovici, « ce fut son destin que de choquer même les psychanalystes ».

L

Lacan, Jacques (1901-1981)

Né quand le XX^e^ siècle n'avait qu'un an, Jacques Lacan fait ses études au moment du début de la diffusion des idées freudiennes en France, tout en fréquentant les milieux littéraires d'avant-garde. Il se spécialise en neurologie et en psychiatrie. Il sera interne, puis chef de clinique à Sainte-Anne, dans le service de Gaëtan Gatian de Clérambault, son « seul maître en psychiatrie », puis dans celui d'Henri Claude, avec ses amis Henri Ey et Pierre Mâle. Pour autant, ce choix professionnel ne l'empêchera pas de suivre le séminaire d'Alexandre Kojève, introducteur de la philosophie de Hegel en France, et les travaux d'Alexandre Koyré sur l'histoire des sciences.

En 1932, il soutient une thèse de doctorat en médecine, intitulée *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Elle suscite aussi bien l'intérêt de Pierre Janet que celui des surréalistes, avec lesquels il se lie. Elle est construite autour d'un récit, celui du « cas Aimée », une patiente pour laquelle il crée une nouvelle catégorie, la « paranoïa d'autopunition ». La première partie de la thèse, très documentée, examine les théories psychiatriques de l'époque, partagées entre les tenants d'une causalité organique et ceux d'une conception psychogénétique de la psychose. Tous supposent qu'il y a une cause au délire. Pour Lacan, ce n'est pas ainsi qu'il faut penser. Il introduit la notion de personnalité en analysant de façon précise l'histoire et les écrits de sa patiente. Il s'intéresse aux rapports entre l'individu et le social, et au lien dynamique qu'ils entretiennent. En 1933, il publie, dans la revue surréaliste *Le Minotaure*, un article intitulé « Motifs du crime paranoïaque, le crime des sœurs Papin ». C'est le cas de cet assassinat d'une petite-bourgeoise par ses deux domestiques qui défraya la chronique à l'époque, et dont s'inspirera Jean Genet pour écrire *Les Bonnes* (1947). Lacan examine ce crime sous l'angle de la paranoïa, ici une folie à deux.

Les psychoses le conduisent à interroger la relation, si étonnante dans les psychoses, du sujet à l'image de son corps. C'est par l'étude du narcissisme qu'il s'engage dans la psychanalyse et propose, dès 1936, la notion de stade

du miroir. Lacan utilise les observations du comportement des bébés face au miroir. On a remarqué en effet qu'entre 6 et 18 mois, l'enfant mis face à un miroir commence à reconnaître qu'il s'agit d'une image et que cette image est la sienne. Or, l'enfant est encore dans un état d'immaturité neurophysiologique, de sorte que la perception de cette image est une anticipation de son unité, laquelle fondera son moi, mais déterminera aussi celui-ci comme un autre et du coup situe l'autre comme un *alter ego*. Seul un « tiers nominateur » peut rapprocher le sujet de son image, et c'est le langage, l'instance du symbolique. Lacan définit ainsi le *moi* comme une instance symbolique liée à la parole et au langage.

En 1953, un conflit sur la question de la formation des analystes aboutit à la démission de Daniel Lagache, Juliette Favez-Boutonier, Françoise Dolto et Blanche Reverchon-Jouve. Ils quittent la Société psychanalytique de Paris, seule de son espèce à l'époque. Ils sont rejoints par Lacan et fondent la Société française de psychanalyse.

L'année 1953 marque aussi le début de l'enseignement de Lacan, de son séminaire qui se tiendra jusqu'en 1979. Il y développe l'idée que trois registres coexistent : le symbolique, l'imaginaire et le réel. L'imaginaire, c'est le champ du narcissisme, celui du stade du miroir, et le réel est défini non pas comme la réalité extérieure, mais comme la part des choses qui nous échappe. Le symbolique occupe une position plus forte. L'ordre symbolique est en effet celui du langage. Si l'imaginaire lui est subordonné, c'est que l'Homme est avant tout un être de langage. Lacan souligne qu'en premier lieu, c'est l'imaginaire qui apparaît dans la pratique analytique, mais que ces éléments imaginaires ont une dimension symbolique, et c'est le registre dans lequel il faut les repérer pour les analyser. Sigmund Freud a donné l'exemple avec le rêve, dont les images doivent être lues comme un rébus pour pouvoir être déchiffrées. Le symptôme est donc défini comme une parole bâillonnée qu'il s'agit de délivrer.

En 1964, deuxième scission, Lacan fonde l'École freudienne de Paris. Il s'interroge sur la robustesse du réel. Il finit par affirmer qu'« il n'y a pas de rapport sexuel ». Que veut-il dire par là ? Que l'apparente complémentarité anatomique des sexes n'est qu'illusoire. Qu'elle ne crée pas de mise en rapport entre les sujets selon le langage et selon la parole. En 1973, Lacan inscrit ces trois registres dans une figure enchaînant trois anneaux, le nœud borroméen. Il s'en sert pour faire voir que le symbolique, le réel et

l’imaginaire sont co-articulés. Car dans ce nœud, si l’un de ces trois anneaux est coupé, les deux autres sont libérés du même coup.
Lacan a surtout tenté d’appliquer au psychisme les catégories de la linguistique saussurienne : toute trace mnésique peut être comparée à un élément de parole portée par un signifiant, dotée d’un contenu (un signifié) qui renvoie à un certain réel (un référent). Ainsi Lacan opère-t-il le mariage caractéristique de l’époque structuraliste entre la théorie de l’inconscient et la linguistique : « L’inconscient est structuré comme un langage » résume sa position.
Jacques Lacan est difficile à lire, et ses détracteurs font de lui le portrait d’un histrion en nœud papillon amateur de calembours et de cigares tordus. C’est passer à côté d’une œuvre d’une hauteur de vue impressionnante, en dialogue avec de nombreux intellectuels. Jacques Lacan a également conduit, pendant trente ans et jusque dans les dernières années de sa vie, deux fois par mois, des entretiens publics avec des patients hospitalisés. Cette partie de son enseignement est méconnue, d’autant qu’il n’appliquait que très rarement ses concepts aux cas examinés, privilégiant le simple déploiement de la parole des patients. C’est enfin oublier tous ceux, anonymes ou non, pour qui l’analyse avec Lacan fut une révolution intérieure. Lacan meurt en 1981. « C’est à vous d’être lacaniens, si vous voulez. Moi, je suis freudien », dira-t-il en 1980, juste avant la dissolution de son école.

Langage

Peut-on penser hors langage ? Cette interrogation, au cœur du *Tractatus logico-philosophicus* (1921) du philosophe Ludwig Wittgenstein, sera reprise par la psychanalyse et la psychologie. Pour Freud, le langage est un révélateur des pulsions : par exemple, les « mots d’esprits » ou les lapsus marquent l’irruption de l’inconscient dans le discours. Jacques Lacan relie plus profondément inconscient et langage : l’être humain est un être parlant. Apprendre le langage nous coupe de ce qui ne peut être nommé (le Réel). Avant même notre naissance, le langage organise le monde dans lequel nous vivrons selon des valeurs (le Symbolique). Enfin, chacun d’entre nous se perçoit à travers les autres et le langage dans lequel il se trouve (l’Imaginaire).

Les recherches menées depuis les années 1980 (linguistique cognitive, pragmatique, théories de l'énonciation) indiquent que les éléments du langage sont dépendants de schémas mentaux qui préexistent aux mots. Par exemple, le verbe « marcher » correspond à des schèmes d'actions et de perceptions qui précèdent son expression linguistique.
En affirmant que le langage correspondrait à un « instinct » humain, Steven Pinker a soutenu une thèse provocante, dans *L'instinct du langage* (1994) : on n'apprend pas aux enfants à parler, ils apprennent tout seuls, grâce à une aptitude innée, l'apprentissage du langage ne commençant pas avec les premiers mots (vers 18 mois). On sait aujourd'hui que déjà dans le ventre de sa mère, l'enfant reconnaît spontanément la prosodie du langage maternel. Dès ses premiers mois de vie, il différencie sons, syllabes et mots. L'existence de zones cérébrales spécialement dévolues au langage – aire de Broca et de Wernicke – serait à mettre au crédit de cette thèse.

M

Manipulation

Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, des psychologues réunis autour de Carl Hovland, à l'université de Yale, ont tenté de définir à quelles conditions un message (le cas échéant, de propagande) pouvait faire changer d'attitude un interlocuteur. La crédibilité de la source du discours, le type d'arguments, leur ordre, leur coloration émotionnelle, ont été examinés. La persuasion relèverait d'un équilibre subtil entre ces facteurs.

Depuis le psychologue Charles Kiesler (1971), la « psychologie de l'engagement » désigne le lien vis-à-vis des actes que nous avons accomplis. Parmi ces facteurs, le sentiment de liberté est le plus important. Tout le pari de la manipulation est de faire en sorte qu'un individu, auquel on a rappelé qu'il a le choix, se retrouve à perpétrer un acte qui *a priori* ne lui ressemble pas, mais dans lequel il va finir par se reconnaître, parce qu'il l'a fait. Dans les années 2000, Nicolas Guéguen et Alexandre Pascual ont ainsi prouvé qu'il était bien plus facile d'extorquer un comportement grâce à des formules rassurantes comme : « Bien sûr, vous êtes libre de refuser… » Pour manipuler quelqu'un, il ne faut pas lui faire croire qu'il est libre, mais lui rappeler qu'il l'est : il sera déjà plus docile.

Plus dérangeante encore est ce que les psychosociologues Robert-Vincent Joule et Jean-Léon Beauvois ont appelé la « soumission librement consentie » : il est plus efficace de faire faire, tout de suite, une action qui ne se refuse pas, qui passe quasi inaperçue, sans éveiller la méfiance. Ensuite, la modification de la pensée vient toute seule. Le manipulateur n'a pas à actionner les rouages d'un scénario machiavélique, mais à donner une pichenette pour déclencher une réaction en chaîne que la victime va entretenir de son propre chef. L'honneur est sauf, la marionnette est satisfaite et tire ses propres ficelles, maîtrisant fièrement la destination où on l'emmène par le bout du nez.

Mécanismes de défense

Ils visent à protéger le moi en cas d'affects désagréables ou douloureux. Exposés pour la première fois par Sigmund Freud, leur histoire ultérieure est surtout liée à Anna Freud, qui rassemble les connaissances alors disponibles, apporte ses propres contributions théoriques et présente les éléments fondamentaux de ce qui est devenu une technique particulière, « l'analyse de défense ». Mais Sigmund Freud a évoqué dans ses écrits d'autres mécanismes comme le clivage, la (dé)négation, la mise à l'écart, l'humour, le déni et la rationalisation.

Une étude de l'ouvrage d'Anna Freud montre qu'en fait elle avait abordé au moins vingt mécanismes de défense.

Plusieurs conclusions peuvent être dégagées de ses travaux :

• les mécanismes de défense ne peuvent pas apparaître avant que certaines conditions soient remplies (par exemple, la sublimation requiert l'existence des valeurs du surmoi) ;

• la présence de certains mécanismes de défense serait normale à un certain âge et dangereuse, voire pathologique, avant ou après. Ainsi, le refuge dans la rêverie, mécanisme normal de l'enfance, témoigne d'une maladie mentale grave lorsqu'il survient plus tard, notamment sous forme de délire ;

• une défense peut évoluer au cours de la vie et, dans certains cas, il existerait une véritable séquence développementale. Pour ce qui est du déni, une telle séquence impliquerait plusieurs aspects successifs : le « déni de réalité », lorsque l'enfant remplace par une action une réalité externe déplaisante ; le « déni d'affect », lorsque le sujet accepte la réalité mais dénie les sentiments qui s'y rattachent ; le « déni en fantaisie », lorsque la réalité déplaisante est remplacée par une fantaisie plaisante où l'action n'est pas indispensable ;

• la chronologie de l'apparition des défenses est difficile à établir. Les cliniciens se sont très rapidement aperçus que ces mécanismes peuvent avoir des fonctions aussi bien positives que négatives. De plus en plus, ils sont conçus comme des réponses adaptatives, des processus de régulation visant à restaurer l'équilibre psychique. Les chercheurs et les cliniciens procèdent maintenant, surtout dans les pays anglo-saxons, à l'évaluation des mécanismes de défense. Ces recherches permettent de conclure que des évaluateurs indépendants, sans formation psychanalytique, peuvent les identifier de manière fidèle.

Ainsi, ce concept centenaire dont il est fait un usage quotidien ne donne aucun signe de vieillissement. L'étude de son évolution contemporaine

constitue un excellent exemple des remaniements qui ont lieu dans le domaine de la psychologie clinique et de la psychopathologie.

Mémoire

Du temps du « béhaviorisme » triomphant, des années 1920 aux années 1960, la théorie de l'apprentissage était l'alpha et l'oméga des comportements humains. Qu'il s'agisse d'expliquer la perception, le langage, la motivation, la mémoire, tout était question de « conditionnement », c'est-à-dire d'une association entre un *stimulus* et une réponse (S+R).

Avec l'avènement de la psychologie cognitive, l'apprentissage a laissé place à la mémoire comme thème majeur des processus mentaux. Le modèle de l'esprit-ordinateur, devenu dominant au cours des années 1970, comparait la pensée à un programme informatique et le cerveau à un ordinateur, tout processus cognitif relevant du « traitement de l'information ».

Les modèles de la mémoire se sont directement ressentis de cette influence. La distinction entre mémoire à court (MCT) et à long terme (MLT) ne copiait-elle pas directement l'ordinateur où le disque dur (équivalent de la MLT) stocke durablement les informations, alors que la mémoire vive (Ram, équivalent de la MCT) mobilise provisoirement les informations en cours d'utilisation ?

Le modèle de Richard Atkinson et Richard Shiffrin, très en vogue dans les années 1960, décrivait la mémoire comme l'assemblage de trois éléments : un « processeur sensoriel » qui captait les informations ensuite traitées par les MCT et MLT.

La distinction entre mémoire déclarative et procédurale de Endel Tulving (1995) est également directement inspirée de l'intelligence artificielle. Il est d'usage de distinguer une mémoire « procédurale », celle des savoir-faire, et la mémoire « sémantique », qui porte sur des données précises.

Dans le modèle de Alan Baddeley, la référence depuis les années 1990, la MCT est devenue mémoire de travail (MDT). C'est celle que l'on utilise pour les opérations mentales complexes qui exigent concentration et mobilisation de résultats intermédiaires (écriture, calcul mental, jouer aux échecs). La MDT, selon Baddeley, est conçue comme un petit ordinateur doté de trois fonctions différentes : l'« administrateur central » est l'unité de traitement des données (par exemple l'opération d'addition), un « calepin

phonologique » stocke provisoirement les informations sous forme verbale (dans le cas du calcul mental, on répète en boucle les « retenues ») et, enfin, le « calepin visuo-spatial » stocke ces informations sous forme visuelle.
Depuis quelques années, les modèles de la mémoire (on devrait dire « des » mémoires) s'éloignent des modèles informatiques pour s'inspirer de modèles neurologiques.
La mémoire a éclaté en une multitude de mémoires spécialisées : à la distinction entre MDT et MLT s'ajoute la distinction entre mémoire épisodique (qui stocke les souvenirs précis) et sémantique (qui conserve les savoir-faire), due à Endel Tulving, ou encore l'opposition entre mémoire explicite (souvenirs conscients) et implicite (savoirs et apprentissages inconscients), due à Daniel Schacter. Par conséquent, il existe de multiples façons d'oublier. Involontairement, comme chez les patients Alzheimer, dont l'identité même se désagrège en même temps que leurs souvenirs. Volontairement, quand l'histoire officielle sélectionne les événements dont elle préfère se rappeler. Quant aux souvenirs d'enfance, que nous considérons comme emblématiques, aux sources de notre être, bien souvent ils sont faux : nous les déformons en les fixant. La mémoire n'est pas gravée dans le marbre, mais tracée sur du sable !

Méthode de recherche

• Les entretiens cliniques

Le psychologue est un clinicien. Dans son acception initiale, l'activité clinique est celle d'un médecin qui examine au chevet du patient les manifestations de la maladie en vue de poser un diagnostic, un pronostic et de prescrire un traitement. Il existe différents types d'entretiens, en fonction de l'objectif poursuivi : l'entretien thérapeutique, de conseil ou encore d'orientation.
La manière de conduire l'entretien peut également varier. Classiquement, on distingue :
– **les entretiens directifs :** le psychologue a préparé ses questions et les pose dans un ordre prédéfini. Ce type d'entretien s'apparente aux questionnaires d'enquêtes sociologiques ou de satisfaction administrés par des instituts spécialisés concernant tel ou tel produit ou fait de société ;

– **les entretiens semi-directifs :** le psychologue a défini des questions centrales qu'il présentera selon l'ordre qui lui paraîtra le plus adapté lors de l'entretien. Il a défini les sous-thèmes de l'entretien mais laisse le patient libre pour chacun d'eux ;
– **les entretiens non directifs :** le psychologue n'a défini ni l'ordre, ni la formulation, ni même la nature des questions. Il laisse le patient libre du contenu de son discours par rapport au thème de l'entretien ;
Les entretiens non directifs sont utilisés de façon préférentielle par les psychologues cliniciens, alors que les psychologues du travail privilégieront, dans le cadre de leurs activités d'orientation, de recrutement ou encore d'études de motivation, les entretiens directifs ou semi-directifs (ce qui ne les empêche pas cependant d'utiliser également parfois les entretiens non directifs).
La pratique de l'entretien nécessite non seulement une formation théorique approfondie, mais également une longue pratique. Le référentiel théorique qui sert de base au psychologue clinicien pour comprendre le fonctionnement humain déterminera sa manière de conduire l'entretien clinique avec ses patients.

• Les tests psychologiques

L'objectif des tests est d'obtenir dans un temps relativement court des informations précises (quantifiables) et objectives (indépendantes de la subjectivité de l'examinateur) sur certains aspects du fonctionnement mental de l'individu.
Un test est :
– une épreuve standardisée, c'est-à-dire strictement définie dans ses conditions d'application et de notation (par exemple, la consigne doit être claire, sans ambiguïté, identique pour tous, la cotation se fait à l'aide de tables de références normalisées afin d'éviter toute évaluation subjective des réponses de la part du psychologue) ;
– une épreuve étalonnée permettant de situer ensuite les réponses de l'individu testé par rapport à celles des individus de son groupe d'appartenance.
Les tests proposés par les psychologues n'ont absolument rien à voir avec les « test-psy » que l'on peut voir dans certains magazines féminins. Ce sont des instruments dont la pratique exige une compréhension des

principes qui ont guidé leur élaboration, une maîtrise des échelles de résultats qui serviront de référence pour situer la performance du patient.
Trois grandes familles de tests peuvent être distinguées :
– les tests cognitifs permettent d'évaluer l'intelligence générale, les aptitudes ou les connaissances ;
– les tests conatifs permettent d'évaluer les composantes motivationnelles (par exemple le besoin de réussir ou le goût de l'effort), l'intérêt pour telle ou telle activité scolaire ou professionnelle. Il s'agit non pas de recueillir une performance mais d'évaluer la connaissance qu'a l'individu de lui-même, de ses goûts et préférences ;
– les tests affectifs parmi lesquels il est possible de distinguer les inventaires de personnalité, les tests de personnalité ou encore les épreuves projectives (test de Rorschach, Patte Noire, etc.) Les tests constituent un complément à l'examen clinique proprement dit, mais ne sauraient en aucun cas le remplacer ou le précéder. Pris isolément, les résultats recueillis à différents tests n'ont qu'une valeur réduite.

• L'observation

Dès la fin du XVIII^{e} siècle, l'observation a été une des premières méthodes utilisées (notamment pour étudier le développement de l'individu). Initialement, il s'agissait de l'observation d'un individu particulier donnant lieu à la rédaction de monographies biographiques. L'évolution scientifique a par la suite conduit à considérer les observations d'individus particuliers comme trop subjectives pour satisfaire aux exigences scientifiques et a amené les chercheurs à se tourner vers l'observation d'un grand nombre d'individus dans des conditions définies. Ces observations, qualifiées de normatives, permettent d'accéder à des lois générales de fonctionnement en fournissant des normes ou des points de repère. À partir de ces repères, il est possible de situer un individu par rapport aux individus de même âge et de dépister ainsi l'anormalité. Il sera par exemple possible de détecter les déviations en jugeant si le développement d'un enfant est en avance ou en retard par rapport à ce qui est habituellement observé chez les enfants du même âge.

• La méthode expérimentale

La méthode expérimentale fut introduite en psychologie dans le courant des XIX^e^ et XX^e^ siècles. Le principe de base est de faire varier une ou plusieurs variables et de mesurer les effets de cette ou ces variables sur le comportement étudié. Si en manipulant une variable, un changement dans la réponse de l'individu est par la suite observé, alors il est possible de conclure que la variable manipulée est la cause de ce changement.
La méthode expérimentale comporte quatre phases : 1. l'énoncé d'une problématique ; 2. la formulation d'hypothèses ; 3. l'expérimentation ; 4. l'analyse et l'interprétation des données en vue de leur publication.

Milgram, Stanley (1933-1984)

En tout brave bougre, y a-t-il un bourreau qui sommeille ? Pour le savoir, au début des années 1960, le psychosociologue Stanley Milgram, de l'université de Yale, élabore une expérience appelée à un immense retentissement. Recrutés par petites annonces, des hommes ordinaires participent à une pseudo-recherche éducative censée déterminer les effets d'une punition sur la mémorisation. Chacun adopte le statut d'un enseignant, qui doit envoyer un choc électrique à un apprenant chaque fois qu'il se trompe en essayant d'apprendre une liste de mots. Chaque choc est plus fort que le précédent. Les deux hommes ne se voient pas, mais s'entendent : l'apprenant pousse des cris de douleur. Quand l'enseignant hésite, un expérimentateur garant de la scientificité de la procédure se fend d'exhortations de plus en plus impérieuses. En réalité, les chocs sont factices, et la voix de l'apprenant est préenregistrée. Quarante psychiatres sollicités ont estimé que globalement les enseignants n'enverraient pas plus de 150 volts, et que seuls 0,1 % de sadiques pousseraient jusqu'à 450 volts, intensité potentiellement mortelle. En réalité, aucun sujet ne s'est arrêté en dessous de 300 volts, et les deux tiers sont allés jusqu'à 450. Trois fois de suite ! Pourtant chaque enseignant a subi lui-même une brève décharge électrique, réelle, pour lui faire comprendre ce qu'il allait infliger. Il savait que 450 volts étaient extrêmement dangereux. L'apprenant en question, un quinquagénaire souffrant du cœur, rencontré brièvement au début, suppliait d'arrêter dès 180 volts, et refusait de répondre à 300, mais l'enseignant continuait à l'interroger et à le torturer dans le vide… Milgram mènera dix-neuf variantes de cette expérience, avec plus d'un millier de participants. Il semble que la personnalité des cobayes compte peu dans les résultats, mais

que tout soit une question de contexte. Par exemple, ce ne sont plus les deux tiers mais 70 % des sujets qui décochent des décharges « mortelles » si quelqu'un l'a fait avant eux. Plus de 90 % quand les chocs sont donnés par l'intermédiaire d'une tierce personne. Mais moins de 5 % se prêtent au jeu quand l'apprenant lui-même demande à être électrocuté… Pour Milgram, la capacité à obéir de l'être humain moderne résulterait du fait que le contexte le placerait en situation d'état « agentique » : celui qui incarne le tortionnaire ne se percevrait plus comme agissant de manière autonome, mais comme un simple agent de l'autorité, par laquelle il accepterait d'être contrôlé. Il agit en considérant que sa responsabilité individuelle n'est pas engagée. Cette même question a été mise en évidence par la philosophe Hannah Arendt dans son essai sur le procès du nazi Adolf Eichmann.
Ce travail de recherche et les résultats qui en résultent sont l'œuvre majeure de Milgram, décédé prématurément à l'âge de 51 ans. L'expérience a été répliquée depuis soixante ans, dans différentes cultures, y compris à la télévision française (le faux jeu *Zone Xtrême* en 2010).

Mindfulness

Dans les années 1970, le psychologue Jon Kabat-Zinn eut l'intuition que la pratique de la méditation de pleine conscience (*mindfulness*) pourrait être un outil thérapeutique pour ses patients cancéreux en fin de vie ou atteints de douleur chronique. Ce type de méditation bouddhiste consiste à poser son attention sur l'instant présent et à regarder passer ses pensées et sensations.
La mise au point de son protocole MBSR (réduction du stress basée sur la pleine conscience) marque l'acte de naissance de l'intégration de la méditation dans le champ médico-psychologique. Des psychiatres et chercheurs de la mouvance cognitivo-comportementaliste, comme Zindel Segal et John Teasdale, ont ensuite adapté ses travaux à la prévention des rechutes dépressives, par leur propre approche, la MBCT (*thérapie cognitive basée sur la pleine conscience*).
S'il reste difficile d'évaluer l'impact de la méditation, c'est qu'elle ne constitue pas, en soi, un soin. Pour Charlotte Borch-Jacobsen, qui enseigne la MBSR, « Kabat-Zinn s'est toujours employé à montrer que lorsqu'elle accompagnait une prise en charge, par exemple pour le psoriasis, celle-ci était plus efficace. Mais la prise en charge ne réside pas dans la

mindfulness. La MBSR a donc des effets thérapeutiques, mais ce n’est pas une thérapie. Quant à la MBCT, elle ne vise pas à soigner une dépression, mais à prévenir la rechute de patients dépressifs qui ont par ailleurs terminé leur traitement. » Claude Berghmans, docteur en psychologie de la santé, confirme : « La méditation en tant que telle n’est pas là pour soigner. C’est un état d’esprit, un état d’éveil, de développement personnel, différent d’une application thérapeutique qui l’utilise à un moment donné. »

N

Narcissisme

Narcisse est ce personnage de la mythologie grecque d'une beauté stupéfiante, qui tombe si amoureux de son propre reflet dans l'eau, qu'il finit par mourir noyé en voulant se rejoindre. On trouve le terme de narcissisme pour la première fois chez le psychiatre Paul Nacke, en 1899 : il désigne un comportement dans lequel un individu traite son propre corps comme un objet sexuel. Par la suite, Freud postulera que chacun a un rapport affectif, libidinalement investi à soi-même et réfutera donc l'idée d'une conscience de soi absolument objective.

S'investir libidinalement comme objet d'amour n'est pas en soi pathologique et le narcissisme dit « primaire » est une étape fondamentale du développement du bébé. En revanche, certains désordres mentaux peuvent être liés à des troubles du narcissisme. Dans la mélancolie (ce que l'on appelle aujourd'hui dépression sévère), le sujet souffre d'une perte radicale concernant son Moi, qu'il décrit pauvre et sans valeur. Dans la schizophrénie, le sujet désinvestit libidinalement les objets du monde extérieur et ses investissements se recentrent sur le Moi, ce qui engendre la production de délires et d'hallucinations.

En 1936, Lacan apportera un éclairage décisif sur la question du narcissisme *via* le stade du miroir, moment qui caractérise, entre six et dix-huit mois, la rencontre du bébé avec son image dans le miroir. Il se tourne alors vers l'adulte qui le porte, et lui demande d'entériner du regard ou par la parole ce qu'il perçoit dans la glace : son corps comme totalité. C'est donc par la reconnaissance de l'Autre que va se constituer l'image de soi. Se voir aimable, c'est donc se voir aimable dans l'Autre.

La banalisation extrême du mot contribuera à l'émergence d'un type moral, la personnalité narcissique – qui ne voit qu'elle et se voit dans tout ce qui l'entoure – que l'on retrouve depuis 1980 dans les classifications psychiatriques, mais dont la pertinence est aujourd'hui remise en cause. Paradoxalement, l'inflation et l'aveuglement narcissique des individus est un thème récurrent de la critique des sociétés démocratiques contemporaines – et le désormais incontournable « pervers narcissique »,

qui jouit du mal causé à autrui et à la société, en est le représentant le plus extrême.

Neuro

• Neurosciences cognitives

Si l'exploration du cerveau date de plus d'un siècle (la découverte des neurones et la cartographie des aires cérébrales remontent au début du XX^{e} siècle), les neurosciences ont connu un développement considérable depuis les années 1980, grâce au développement de l'imagerie cérébrale, mais aussi de la neuropsychologie. Si on parle de « neurosciences cognitives » (le terme a été inventé par Michael Gazzaniga et George Miller à l'arrière d'un taxi new-yorkais à la fin des années 1970), c'est pour indiquer que le but de ces sciences n'est pas de comprendre uniquement la machinerie cérébrale, mais de pénétrer le processus de fabrication de la pensée. Les neurosciences collaborent avec d'autres disciplines des sciences cognitives comme la psychologie, la linguistique ou l'intelligence artificielle.

• Neuropharmacologie

Les hommes connaissent depuis très longtemps l'action de certains psychotropes comme le pavot, la cocaïne ou la morphine-sur le comportement. À partir des années 1930, on a découvert les effets stimulants de l'amphétamine, drogue utilisée par les sportifs, les étudiants, les cadres, les écrivains, avant que son usage soit sévèrement réglementé. Au début des années 1950, on commence à découvrir de nouvelles classes de médicaments et leur action sur les neuromédiateurs : neuroleptiques puis antidépresseurs. C'est de cette époque que date la véritable naissance de la neuropharmacologie qui, depuis, a connu un essor très important.

• Neuromédiateurs

Les neurones communiquent entre eux par l'intermédiaire de toute une gamme de molécules différentes qui interviennent au niveau des synapses : ce sont les neuromédiateurs (ou neurotransmetteurs). Ils ont une action importante sur le comportement, la personnalité, et interviennent dans de nombreuses maladies. Ainsi, la maladie de Parkinson est associée à un

déficit de dopamine. Il existe de nombreux types de neuromédiateurs : les plus connus sont justement la dopamine, mais aussi la noradrénaline, la sérotonine, la famille des neuropeptides (qui comprend les endorphines). S'il est établi que la dopamine est un stimulant, que la dépression est associée à une baisse de sérotonine, il n'existe pas de relation simple du type : un neuromédiateur = une fonction.

• Neuroéconomie et neuromarketing

Le terme recouvre tout le domaine de la psychologie économique dans lequel s'est illustré Daniel Kahneman (prix Nobel d'économie en 2002), qui a mené des études expérimentales en théorie des choix. Il est ainsi parvenu à démontrer que les modèles mathématiques de la rationalité utilisés jusque-là ne correspondent pas au comportement réel des individus. Parmi les autres phénomènes explorés, citons les biais cognitifs (erreurs de jugement dans les probabilités), les « heuristiques » (ou stratégies mentales routinières), les effets émotionnels (la peur, le besoin de paraître, le mimétisme…). Le neuromarketing se veut une déclinaison de la neuroéconomie. Ses prétentions : s'appuyer sur les études en IRM pour élucider les comportements d'achat des consommateurs.

• Neurophilosophie

En philosophie de l'esprit, le label « neurophilosophie » est représenté par le couple de philosophes Patricia et Paul M. Churchland. Tous deux sont les théoriciens d'un « matérialisme éliminativiste » : une forme de réductionnisme radical qui consiste à vouloir rapporter tous les phénomènes mentaux à des processus neurologiques.

• Neuroéthique

Le mot « neuroéthique » est apparu pour la première fois en 2002. Il renvoie à deux types d'interrogations :
– Étudier les bases neurologiques de l'éthique. Y a-t-il par exemple des bases cérébrales spécifiques impliquées dans l'empathie, les comportements moraux, l'inhibition des conduites…? – Explorer les conséquences éthiques des avancées des neurosciences. Les antidépresseurs pourraient-ils devenir des « molécules du bien-être », non seulement utilisées pour traiter les dépressifs, mais pour améliorer les performances de sujets bien portants,

forger des individus normalisés du point de vue émotionnel ? La neuroéthique s'intéresse aussi aux manipulations des foules : comment les neurosciences peuvent-elles être utilisées en marketing, pour mobiliser du « temps de cerveau humain disponible », selon la désormais célèbre formule de Patrick Le Lay, ancien PDG de TF1.

• Neurothéologie

Au début des années 1990, Andrew Newberg, de l'université de Pennsylvanie, a eu l'idée d'observer au scanner le cerveau de personnes en train de pratiquer la méditation transcendantale. L'imagerie cérébrale montre alors que l'état de dépassement de soi et d'extase mystique est associé à une chute d'activité d'une zone précise du cortex pariétal, responsable de l'orientation dans l'espace et la position par rapport à l'environnement. L'inhibition de cette zone entraînerait donc une sorte de sentiment d'indifférenciation entre le soi et le non-soi. D'où l'idée, curieuse, que l'on avait trouvé « l'aire cérébrale de la religion ». Or, le sentiment religieux ne se résume pas à l'expérience extatique de la méditation.

• Neuropsychanalyse

D'un côté, des neuroscientifiques découvrent le champ des émotions et l'univers de « l'inconscient cognitif » ; de l'autre, des psychanalystes ne peuvent rester ignorants de l'avancée des neurosciences et se souviennent que Sigmund Freud lui-même fut un des pionniers dans l'étude des mécanismes neuronaux. Cela pouvait donner lieu, surtout dans les pays anglo-saxons, là où la « guerre des psys » ne fait pas rage, à une intéressante tentative d'hybridation. C'est ainsi que sont nées l'Association internationale de psychanalyse, basée à New York, et plusieurs sociétés nationales, présentes en Grande-Bretagne, en Italie ou en Espagne.

• Neuropédagogie

Tout le monde admet que l'apprentissage et la mémoire passent par le cerveau. Il est moins admis que certains troubles d'apprentissage comme la dyslexie ou le déficit d'attention ont des bases neuronales. D'où le projet d'une « neuropédagogie cognitive », qui viserait à utiliser globalement les acquis des neurosciences au service de l'éducation.

Neurones

Un neurone constitue l'unité fonctionnelle de base du système nerveux. Le terme fut introduit en 1881 par l'anatomiste allemand Heinrich Wilhelm Waldeyer. Les neurones assurent la transmission d'un signal bioelectrique, l'influx nerveux. Ils ont deux propriétés physiologiques : l'excitabilité, c'est-à-dire la capacité de répondre aux stimulations et de convertir celles-ci en impulsions nerveuses, et la conductivité, soit la capacité de transmettre les impulsions. Plus on connaît le cerveau, plus il nous échappe. Se souvenir, anticiper, rêvasser, analyser, argumenter mettent en jeu des réseaux de réseaux de neurones dont les circuits passent, avec un rien d'emphase, pour les phénomènes les plus complexes de l'univers, sur fond de cocktails de neurotransmetteurs et d'hormones en incessantes transsubstantiations. De plus, on pensait notre capital de neurones acquis à la naissance, et se détricotant au fil de l'existence ? Après bien des prises de bec entre experts, il a fallu admettre que de nouveaux neurones apparaissent toute notre vie. On pensait que la configuration de notre cerveau et des jongleries neurochimiques dictaient notre comportement dans des proportions dérangeantes ? L'environnement renvoie l'ascenseur : par le phénomène d'épigenèse ou de darwinisme neuronal (termes employés respectivement, et de longue date, par le neuroscientifique Jean-Pierre Changeux et le prix Nobel de médecine Gerald Edelman), certaines connexions cérébrales sont renforcées, et d'autres affaiblies, pour s'adapter en permanence à ce que nous vivons.

Il a fallu quarante ans d'observations minutieuses auprès des souris et des canaris d'abord, puis des humains, dans la goguenardise et l'hostilité ambiantes, pour que s'effrite l'un des dogmes de la neurologie : contre toute attente, plutôt que de voir son stock congénital de neurones diminuer dès l'enfance, le cerveau en produit de nouveaux, tout au long de la vie, notamment dans l'hippocampe, impliqué dans la mémorisation et la sensibilité au stress. Environ 2 % des neurones seraient ainsi perpétuellement renouvelés.

Nous n'en sommes qu'au début de l'engouement pour « Sa Majesté » l'encéphale. Parmi les projets les plus sidérants : parvenir à lire dans les pensées sur la foi de l'imagerie, y incruster des puces informatiques pour le doper, en créer un prototype artificiel, coder son activité pour numériser et télécharger notre personnalité ou nos souvenirs. À coup sûr, le XXIe siècle sera neuronal (nous n'ajouterons pas : « ou ne sera pas… »).

Connecter le cerveau à un ordinateur n’est pas qu’une marotte d’auteurs de science-fiction visionnaires ou de techno-prophètes *underground*, c’est une hypothèse sur laquelle travaillent certains centres de recherches parmi les plus prestigieux. En 2011, à l’université du Wisconsin, une équipe a utilisé du silicium et du germanium, dont sont faites les puces informatiques, pour fabriquer des nanotubes. À l’entrée de ceux-ci, ils ont disposé des neurones de souris. Et là, ils ont pu observer l’axone des neurones, c’est-à-dire l’appendice les reliant et transmettant l’information nerveuse, s’engouffrer chacun à travers un tube et s’y développer : à cette échelle infinitésimale, les chercheurs sont parvenus à guider ces axones comme s’ils étaient enrobés dans une gaine de myéline, tels qu’ils le sont dans notre cerveau (la myéline est une couche de lipides protégeant les axones et accélérant la diffusion de l’information). Même si des axones ont déjà grandi en laboratoire, c’est la première fois qu’ils le font dans des tubes semi-conducteurs qui pourraient interagir avec d’autres composantes électroniques. Ces tubes minuscules représenteraient un environnement privilégié pour confectionner des réseaux neuronaux sur mesure, observer leur fonctionnement et tenter de les faire interagir avec un ordinateur. Une application possible est la réalisation d’implants cérébraux permettant aux personnes handicapées de mouvoir leurs prothèses ou leur fauteuil roulant par la pensée, comme s’il s’agissait d’un membre réel. En attendant, qui sait, d’autres possibilités de se relier mentalement à Internet, de commander des exosquelettes démultipliant ses forces, de se truffer le cerveau de puces en tous genres… Le fantasme cyborg se réalisera-t-il ?

Neuropsychologie

Qu’une lésion, consécutive à un accident ou à une dégénérescence, endommage une aire spécialisée ou un point nodal et stratégique d’un circuit au point de prendre de court la plasticité cérébrale, et la conscience peut se trouver altérée de façon jusqu’alors incompréhensible. Toute la partie gauche de l’espace disparaît, on essaie d’arracher sa jambe en pensant qu’elle ne nous appartient pas, une main défait systématiquement ce que fait l’autre, une chanson tourne indéfiniment dans notre tête, une armée défile au pas en plein ciel, on prend ses parents pour des imposteurs, on ne peut s’empêcher de parler avec un accent allemand, on sent plusieurs membres fantômes bourgeonner sur le même moignon… Tous ces

mécanismes sont aujourd'hui connus et expliqués : la neuropsychologie a pour objet de mettre en relation, principalement par la passation de tests, des perturbations du comportement avec des lésions cérébrales, ce qui n'exclut aucunement un travail clinique plus traditionnel avec les patients (anamnèse, accompagnement, etc.).
Paul Broca fit la première grande découverte dans ce domaine en montrant le lien entre un type d'aphasie et la lésion d'une aire cérébrale appelée depuis aire de Broca.
Parmi les principaux troubles neuropsychologiques, on trouve les troubles de la perception (agnosie visuelle, prosopagnosie, etc.), du langage (aphasies), de la mémoire (amnésies), de l'attention et de la conscience (héminégligence), des fonctions exécutives (syndrome frontal). Les cas cliniques abondamment documentés par les neuropsychologues montrent l'interdépendance permanente entre esprit et cerveau, et les conséquences souvent déroutantes d'une altération cérébrale sur la vie quotidienne. Inversement, avec une prise en charge adéquate, on peut agir sur le cerveau, directement ou non, pour faire disparaître la douleur d'un membre fantôme, imprégner un malade d'Alzheimer de quelques nouvelles informations, en finir avec les tremblements parkinsoniens. Des techniques d'électrochocs revues et corrigées, ou encore la stimulation magnétique transcrânienne, un procédé en plein essor, permettent de s'attaquer aux symptômes de la dépression, par exemple. Les espoirs thérapeutiques ne résident donc pas uniquement sur des actions pharmacologiques.

Névrose

Le mot fut inventé par le médecin écossais William Cullen en 1769, pour désigner des maladies du système nerveux sans base organique connue. Il est dérivé du grec *neûron* (nerf, fibre) avec le suffixe « ose », de ôsis servant aux mots désignant des maladies non inflammatoires. Philippe Pinel l'introduit en français, Gilbert Ballet classe dans les névroses la maladie de Parkinson, l'épilepsie et les troubles mentaux des chorées (maladie neurologique faisant apparaître des mouvements anormaux et irrépressibles).
Le terme est repris dès 1893 par Sigmund Freud pour désigner un trouble dont les symptômes sont l'expression d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant un compromis entre

désir et défense. Dans un premier temps, Freud opposa les névroses actuelles (névrose d'angoisse et neurasthénie), dont la cause devait être recherchée dans des « désordres de la vie sexuelle actuelle », aux psychonévroses de défense dont le conflit sous-jacent dépend de l'histoire infantile du sujet. Avec le développement de la psychanalyse, le concept se subdivisera en différents sous-types (névrose obsessionnelle, névrose d'angoisse, hystérie, névrose phobique) pour trouver finalement sa place dans la structure tripartite : névrose, psychose, perversion, auxquelles certains ajoutent la catégorie des *borderline*.

L'un des changements radicaux introduits dans le *DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) en 1980 fut la disparition du terme « névrose », qui a représenté un changement majeur dans la conception des maladies mentales. Ce diagnostic contenait en lui-même des hypothèses causales (le complexe d'Œdipe, le refoulement, etc.) incompatibles avec l'approche athéorique du *DSM*. Le principal artisan du *DSM*, Robert Spitzer, s'en expliquera ainsi : « Freud a utilisé le terme de névrose à la fois pour décrire (pour indiquer un symptôme de souffrance chez un individu ayant un sens de la réalité intact) et pour indiquer le processus étiologique (conflit inconscient provoquant une angoisse) ». Les anciennes névroses sont démembrées et réparties dans la catégorie des « troubles affectifs, anxieux, somatoformes, dissociatifs et psychosexuels ». Et, si l'on parle encore de « trouble névrotique » dans le *DSM-III*, concession mineure « à l'égard de la nostalgie psychanalytique », dira Donald Klein, l'un des rédacteurs du manuel, le qualificatif disparaîtra dès 1994, dans l'édition suivante.

Ce démembrement a certes rendu possibles des recherches nombreuses et fructueuses, au plan thérapeutique notamment, sur différents troubles anxieux jusque-là délaissés comme les TOC, la phobie sociale ou encore les états de stress post-traumatique. Mais faire disparaître l'entité « névrose » revient à admettre que le rôle du clinicien consiste seulement à choisir le traitement adéquat en fonction de ses cotations. Le parti-pris du *DSM* continue d'être critiqué, de même par exemple que l'atomisation de l'hystérie – qui ne subsiste plus que sous la forme des conversions, somatisations et autres troubles dissociatifs, au motif qu'on ne rencontre plus de ces grandes hystéries décrites par Charcot, Freud et Breuer.

O

Œdipe

Dans la mythologie grecque, Œdipe est le fils de Laïos et de Jocaste. À la suite de plusieurs quiproquos, Œdipe tue son père (sans savoir qu'il est son père) et épouse une femme qui se trouve être sa mère – ce qu'il ignore. Découvrant l'horreur de son crime, il se crève les yeux. L'histoire d'Œdipe a traversé les siècles en conservant le pouvoir de susciter une sorte d'horreur sacrée. Freud s'en empare pour faire du complexe d'Œdipe le pivot qui conditionne l'accès à une position sexuelle (homme ou femme) déterminée.

Selon cette théorie, entre l'âge de 3 à 5 ans, l'enfant envisage ses parents comme des êtres complets, et non plus comme des objets partiels, comme lors du stade oral, où le bébé ne connaît la mère que comme sein qu'il incorpore. Riche d'un inconscient structuré, dont les stades précédents, une fois surmontés, constituent le contenu refoulé, les parents sont investis par l'enfant en tant que porteurs de la différence sexuelle : la mère comme femme, le père comme homme.

L'enfant ne peut conquérir sa propre identité sexuelle qu'en s'identifiant à l'objet privilégié du parent du sexe opposé. Si c'est un garçon, il voudra supplanter le père auprès de la mère, et si c'est une fille, la mère auprès du père. La question de l'identité en tant qu'homme ou en tant que femme et les éventuels problèmes que cela peut poser adviennent avant la puberté physiologique, par une opération symbolique d'identification à l'un des parents. Sigmund Freud affirmait que le complexe d'Œdipe est un processus auquel tout être humain doit faire face. Cette universalité a fait l'objet de nombreuses discussions. Le débat a été initialement lancé par l'anthropologue Bronislaw Malinowski en 1927. Celui-ci a mené des enquêtes chez les habitants des îles Trobriand, une société primitive dont les habitants pensaient que la parenté ne se transmet que par la mère, le mari ne jouant aucun rôle dans la procréation. Dans cet univers, l'oncle maternel exerce l'autorité sur les enfants, tandis que le mari entretient des relations affectueuses avec eux. Malinowski note que dans cette société, les enfants ne manifestent pas d'animosité à l'égard de leur père, mais vis-à-vis de leur

oncle maternel. L'anthropologue et psychanalyste Géza Roheim a contesté cette interprétation et affirmé que le complexe d'Œdipe est bien universel. Même lorsqu'il n'apparaît pas explicitement dans les comportements de certains peuples, on en trouve la trace dans leurs mythes. Ce débat rebondit régulièrement. Il est toujours bien vivant, les uns affirmant le fait, d'autres le réfutant.

Avec le développement de formes nouvelles de la famille (monoparentalité, adoptions, familles recomposées, homoparentalité), certains psychanalystes tentent d'aménager la notion de complexe Œdipe, en postulant notamment qu'il n'y a guère besoin d'être un homme pour assumer auprès d'un enfant une fonction paternelle. « Nombreux furent les psychanalystes, au moment du vote du pacs, à soutenir qu'il était contraire au complexe d'Œdipe que les homosexuels constituent une famille, constate par exemple Élisabeth Roudinesco. Grande erreur. Soit le complexe d'Œdipe est un concept pertinent et il continue à fonctionner, soit il ne correspond plus à la réalité parce que la société évolue, et il faut le faire évoluer. »

P

Palo Alto

L'école de Palo Alto (du nom d'une petite ville de la banlieue de San Francisco) a désigné un groupe de chercheurs et de thérapeutes (Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Paul Jackson, Edward T. Hall…). Elle eut son heure de gloire dans les années 1970-1980. Elle est associée à une théorie de la communication humaine et à une démarche thérapeutique inspirées de l'approche systémique. Sa conception de la communication est centrée autour des notions de « système » et d'« interaction ». Dans une relation entre deux personnes (un conflit interpersonnel, par exemple), une logique globale se met en place et surdétermine les logiques individuelles. Ce qui vaut pour la communication vaut pour les troubles mentaux. En effet, les tenants de l'école de Palo Alto développent une conception systémique des maladies mentales. Dans celle-ci, les pathologies mentales proviennent des problèmes dans les relations familiales et non de l'individu pris isolément. C'est donc dans le cadre familial qu'il faut entreprendre l'analyse et l'intervention thérapeutique. Chacun des membres de l'école a suivi un itinéraire singulier. Bateson est devenu une sorte de gourou de l'éducation et de l'écologie. De son côté, Watzlawick a eu une carrière originale dans le domaine de la communication et par son approche du constructivisme. Hall est un des promoteurs de la communication interculturelle.

Paranoïa

Tout au long du XIX^{e} siècle, le terme de paranoïa était utilisé en Allemagne pour qualifier tout type de délire. Au début du XX^{e} siècle, Paul Sérieux et Joseph Capgras en France, Emil Kraepelin en Allemagne et Eugenio Tanzi en Italie rétrécissent les limites de la paranoïa. Au sortir de ce mouvement de réduction, affermi avec Eugen Bleuler, qui englobera la plupart des délires dans la schizophrénie, la paranoïa sera considérée comme non curable, ce qui la caractérise étant la conservation des facultés intellectuelles avec des raisonnements paralogiques qui débouchent sur une systématisation délirante et une évolution non déficitaire.

La psychanalyse, dès Freud et son analyse du cas Schreber, a mis en évidence un mécanisme central dans la paranoïa : la projection. Les thèmes de persécution sont des défenses contre les pulsions homosexuelles (« il me poursuit » = « il me poursuit de ses assiduités », « il est mon rival » = « c'est lui que j'aime », « elle m'aime » = « je la hais »). Dans sa thèse de 1932, Lacan insistera sur le caractère autopunitif de la paranoïa : le sujet s'enferme dans un système de persécution imaginaire qui équivaut à un châtiment inconsciemment désiré.
Le concept très général de trouble délirant a fait disparaître la paranoïa comme entité nosographique du *DSM-III*, on ne l'y retrouve que comme « personnalité ». La caractéristique que ces manuels mettent au premier plan, c'est la méfiance du paranoïaque à l'égard de tous, aggravée par son « attitude de perpétuelle référence à soi-même, associée en particulier à une surévaluation de sa propre importance » : si un caissier se trompe en lui rendant la monnaie, il l'a fait exprès ; si un collègue lance une plaisanterie, c'est lui seul qu'il vise… Il est important de différencier la personnalité paranoïaque – qui est un caractère particulier chez certains sujets, mais sans développement systématique d'un délire (même si une personnalité paranoïaque peut évoluer vers une authentique paranoïa) –, du délire paranoïaque lui-même. La faible efficacité des traitements neuroleptiques dans les mécanismes interprétatifs et intuitifs des délires paranoïaques rend les investissements dans la recherche peu rentables. De même, l'accès direct des patients à leur dossier depuis la loi Kouchner de 2002 a sans doute aussi contribué à la réduction du diagnostic de paranoïa, qui n'est plus évoqué tel quel dans les courriers médicaux. Étonnamment, corrélativement à la disparition de la paranoïa comme structure clinique, l'époque, éminemment sécuritaire, se prête à la recherche d'un Autre de la faute (« le » terroriste, le « schizophrène dangereux », le « politicien manipulateur »…).

Personnalité

Nous passons notre temps à catégoriser les personnes que nous rencontrons : leur sexe, leur couleur de peau, leur diplôme… mais également leurs caractéristiques psychologiques. Telle personne sera « sympathique, chaleureuse, affable », et nous considérerons telle autre comme « antipathique, froide et peu avenante ». En 1936, Gordon Allport et

Henry Sebastian Odbert recensèrent même 18 000 adjectifs anglais permettant de désigner les différences entre les individus. Des chercheurs ont tenté de proposer une taxinomie susceptible de classer les attributs de la personnalité. Le modèle The Big Five (Mc Crae et Costa, 1985), également connu sous le nom de modèle OCEAN, est l'aboutissement de cinquante années de recherches en psychologie de la personnalité. À l'époque, un consensus s'était établi entre chercheurs pour considérer que, par-delà les divergences entre modèles de la personnalité, il existerait une convergence des données autour de cinq grands facteurs constitutifs révélés par de multiples tests et questionnaires.

(O) ouverture à l'expérience
(C) caractère consciencieux
(E) extraversion
(A) caractère agréable ou agréabilité
(N) névrosisme ou neuroticisme (forte instabilité émotionnelle).

Selon ce modèle, chacun de ces facteurs peut être envisagé suivant un continuum avec deux pôles, un pôle positif et un pôle opposé négatif. Bien évidemment, les traits de personnalité peuvent revêtir des degrés différents. Par exemple, un individu peut être très anxieux, modérément anxieux ou au contraire très peu anxieux.

Perversions

C'est à partir des années 1880 que les médecins commencent à évoquer la question des « perversions sexuelles ». Ils parlaient jusqu'alors de « déviations ou aberrations maladives de l'instinct génésique ». Le regard rétrospectif de l'historien parvient à dégager schématiquement trois modèles visant alors à les expliquer : la théorie de la monomanie, la théorie de la dégénérescence, et les débuts d'une psychologie sexuelle. Dans les discours savants de l'époque, ils se chevauchent, se mélangent et se mêlent bien souvent à d'autres modèles moins strictement psychiatriques. Tous développent une théorie de la différenciation sexuelle et de l'hétérosexualité et, du même coup, des écarts à cette double norme. L'individu atteint de monomanie, bien que lucide, se trouve soumis à une impulsion que sa raison désapprouve, mais qui se révèle plus forte que sa volonté. Des idées fixes assaillent son esprit par crises, provoquant angoisse, anxiété et douleurs. Les aliénistes parlent de « folie lucide », de « délire partiel », ou

de « folie raisonnante », puisque seule une partie du comportement ou du raisonnement est affectée. Pour ce qui concerne la sexualité, les aliénistes distinguent habituellement l'érotomanie (croyance délirante d'être aimé par un individu particulier), la nymphomanie (ou utéromanie) et son équivalent masculin le satyriasis, le priapisme (érections intempestives, prolongées et douloureuses), et dans une certaine mesure l'onanisme. Philippe Pinel donne à ces « névroses génitales » la même origine : l'irritation des organes reproducteurs, qui finit par réagir sur toute l'économie somatique. Jean-Étienne Esquirol, lui, suppose une atteinte cérébrale : une lésion de l'encéphale. La dégénérescence prend ensuite le relais dans les années 1890. La principale raison du succès de cette théorie est qu'elle figure le pendant de l'évolutionnisme : elle explique les exceptions à la règle du progrès.

La sexualité est désormais pensée comme un résultat de l'évolution : les peuples primitifs, dans l'enfance de l'humanité, tout comme les embryons puis les enfants, seraient, selon cette théorie, moins sexués que les races évoluées ou les adultes. Sexués, c'est-à-dire tout à la fois sexuellement différenciés (les différences entre les hommes et les femmes sont à leur maximum dans les races évoluées), et plaçant l'instinct sous le contrôle de la raison. Les pervers, qui sont des dégénérés, expriment une double défaillance de cette loi de l'évolution. D'une part, leur sexuation est défectueuse, ils ne sont pas pleinement homme ou pleinement femme (un homme masochiste ou inverti par exemple est psychiquement, si ce n'est physiologiquement, efféminé). D'autre part, ils ne parviennent pas toujours à contrôler leurs instincts déviés, c'est-à-dire à rester chastes.

La psychologie sexuelle émerge au tournant du XX^{e} siècle. Elle permettra à terme de dépathologiser la variété sexuelle humaine. Paradoxalement, cette psychologie s'ébauche comme une sorte de produit dérivé de la théorie de la dégénérescence. En effet, le diagnostic de celle-ci doit s'appuyer sur son origine innée, héréditaire et non acquise. Il faut donc prouver que la déviation est déjà présente dans la toute petite enfance. Il faut aussi démontrer qu'elle existe dans l'inconscient, dans les actes réflexes et instinctifs, dans les états les plus élémentaires et inorganisés de la vie mentale, dans l'automatisme, les rêves, le sommeil de l'hypnose, les attirances et goûts sexuels, les manifestations de la pudeur. Ainsi s'impose peu à peu l'idée que la vérité d'un individu loge dans son inconscient et dans sa sexualité.

En 1905, *Les Trois Essais sur la théorie sexuelle* de Sigmund Freud font l'effet d'une bombe. Freud postule l'existence d'une sexualité dès l'enfance. L'enfant est un « pervers polymorphe » car la satisfaction qu'il recherche n'est pas génitale : le bébé prend du plaisir à téter, à sucer son pied, et à déféquer. Ces pulsions fonctionnent de manière anarchique et autoérotique jusqu'à la puberté, moment où la pulsion sexuelle s'organise sous le primat du génital. Le pervers est celui qui reste cramponné à des satisfactions qui ne sont plus de son âge : la perversion est liée à un arrêt du développement de la pulsion sexuelle et à une déviation de l'objet de la pulsion (dans la pédophilie, par exemple), du but (ainsi du voyeurisme) ou de la zone érogène (dans le fétichisme). La perversion n'est donc pas due à une dégénérescence ou à une quelconque anomalie constitutionnelle.

Phobie

La phobie, du grec *phobos* (crainte), se caractérise par une peur persistante, excessive, invalidante d'un objet (par exemple, un animal) ou d'une situation (par exemple, se trouver dans une foule) qui déclenche la terreur. Phénomène banal, elle devient pathologique lorsqu'elle limite la vie quotidienne et le bien-être. La psychiatrie a commencé par en décrire certaines à la fin du XIX^{e} siècle : agoraphobie, claustrophobie, éreutophobie (peur de rougir). Sigmund Freud (1895) et Pierre Janet (1903) ont élaboré des théories psychologiques de leurs origines. Puis les classifications psychiatriques (*DSM* et CIM) les ont définies, et classées dans les « Troubles anxieux ».

On peut résumer le mécanisme de la phobie comme suit :

1. rencontre avec un objet ou une situation qui déclenche une première panique (par exemple, un serpent) ;
2. peur excessive de l'objet ou de la situation en dehors de la rencontre (« vécus en pensée », imaginés : « si je pense à un serpent, je ressens de la terreur, même si je ne le vois pas devant moi ») ;
3. réaction d'angoisse massive en cas de rencontre (« Mon cœur bat terriblement, je tremble, j'ai la tête qui tourne, le sol se dérobe sous moi, je vais m'évanouir… J'ai très peur. ») ;
4. évitement ou fuite (« j'évite les lieux, les livres, les films où il y a des serpents ») ;

5. après la rencontre ou l'évitement, il reste des souvenirs de l'angoisse, des sentiments de dévalorisation, de honte, de vulnérabilité ;
6. protection grâce à des personnes (« objet contraphobique ») ou confrontation (fuite en avant) avec hyperactivité, voire affrontement délibéré (défi).

Il existe trois explications différentes sur les causes de la phobie :

• **Somatiques.** On incrimine les neurotransmetteurs : la noradrénaline et surtout la sérotonine. Diverses parties du cerveau participant au traitement des émotions seraient alors impliquées.

• **Cognitives.** La phobie est apprise et maintenue par des conditionnements et des pensées. L'anxiété est déclenchée par un événement grave (ou des microtraumatismes répétés), par l'imitation de comportements familiaux, ou par l'excès de messages éducatifs inquiétants. Elle peut aussi exister comme un trait de personnalité. Elle s'associe secondairement à un objet qui, par conditionnement, devient l'objet d'angoisse (« phobogène ») qui déclenche la peur comme un danger réel. Une fois ce lien établi, la phobie est renforcée par des schémas de pensée : anticipation anxieuse, focalisation de l'attention sur le danger, hypervigilance, constructions de scénarios catastrophes, inférences arbitraires, erreurs d'interprétation, évitements (entraînant une augmentation de l'anxiété).

• **L'origine inconsciente.** L'intérêt de la psychanalyse commence avec l'analyse controversée par Freud de la phobie du petit Hans (1905). Ce garçon de 5 ans, en conflit œdipien avec son père, déplace et projette son agressivité et son angoisse sur les chevaux qu'il évite. La phobie est un mode de transformation de l'angoisse : elle est la localisation, la représentation d'une angoisse antérieure, diffuse, indéfinissable (l'angoisse est une peur sans objet ; par la phobie, elle devient la « peur » d'un objet que l'on tente d'éviter). La nature et l'origine de l'angoisse peuvent changer : angoisse produite par le désir, angoisse-reproduction d'un traumatisme, angoisse de castration, angoisses plus précoces (« archaïques », dépressives, persécutives, selon Melanie Klein). Pour la psychanalyse, la phobie correspond donc au déplacement d'une angoisse sur un objet possédant un lien avec la cause du conflit psychique. L'objet de la phobie est le représentant du conflit inconscient non résolu, et possède un sens individuel lié à l'histoire du patient.

Les phobies s'associent à d'autres troubles (comorbidité) : troubles anxieux, troubles de l'humeur (dépression). Elles peuvent entraîner l'usage de substances (alcool, tranquillisants, toxiques) avec des risques d'abus, de dépendance. Elles causent de multiples handicaps (difficultés dans la vie familiale, professionnelle, les loisirs), génèrent des problèmes sociaux et financiers et un déplaisir persistant.

Piaget, Jean (1896-1980)

Travailleur infatigable et défenseur pugnace de ses théories, Jean Piaget impulsera un élan décisif à la psychologie de l'enfant et son œuvre, mondialement connue à la fin du XX^{e} siècle, déclenchera de stimulants débats. Son père, historien, lui transmet l'amour des connaissances ; sa mère, protestante, la foi. Passionné de biologie dès son enfance (à 11 ans, il étudiait déjà les limnées, ces petits mollusques d'eau douce que l'on trouve dans les lacs de sa Suisse natale), Piaget estime, dans l'ambiance darwinienne du début du XX^{e} siècle, que le hasard ne peut expliquer à lui seul l'évolution des organismes. Son projet initial est de construire ce qu'il appellera une « épistémologie génétique », pour reconstituer l'évolution de la pensée humaine.

Après avoir soutenu une thèse de biologie (1918), il étudie la psychologie et se forme à la psychanalyse à Zurich et à Paris, où il suit les cours, entre autres, de Pierre Janet (1859-1947) et d'Henri Piéron (1881-1964). Mais très vite, il se consacre à la compréhension de la logique de la pensée enfantine.

Renvoyant dos à dos l'innéisme de la *Gestalt* et le processus cumulatif des béhavioristes, Piaget avance l'idée que l'individu construit ses connaissances par ses propres actions : le développement de l'intelligence est le fruit d'un processus d'adaptation, dans lequel interagissent l'inné (les structures mentales) et l'acquis (la prise en compte du monde extérieur). Tout organisme vivant cherche à assimiler les données de son environnement pour vivre (assimilation) mais, lorsqu'il rencontre une difficulté nouvelle, il doit adapter ses structures mentales (accommodation) pour pouvoir à nouveau assimiler ces données. Ainsi, le jeune enfant qui apprend à saisir des objets est amené à modifier sa manière de faire lorsqu'il est confronté à un objet plus lourd ou anguleux. Il aura ainsi

enrichi sa capacité d'action. L'intelligence se construit par l'équilibration entre ces deux processus, provoquant une autostructuration du sujet.
Piaget découpe le développement intellectuel en grandes périodes ou stades, dont l'ordre de succession est constant et dont chaque étape est issue de la précédente par processus intégratif, résultant de restructurations successives. Cette théorie des stades, même si elle est diversement remise en question par les recherches récentes, lui vaudra une grande notoriété. Tout comme Sigmund Freud avait théorisé les étapes affectives du développement, Piaget en livre les étapes cognitives, formulant ainsi la première grande théorie du développement de l'intelligence. Au fil de sa diffusion, la théorie piagétienne a aussi, bien évidemment, donné naissance à de nombreuses critiques et même à de célèbres controverses.
En 1975, une rencontre historique, organisée à l'abbaye de Royaumont, oppose Piaget au linguiste Noam Chomsky. Celui-ci s'oppose radicalement à la théorie constructiviste de Piaget, avançant que le bébé humain est programmé génétiquement pour le langage – alors que son opposant soutient que le langage est une étape dans la construction de la pensée symbolique et de l'abstraction. L'hypothèse de Chomsky, qui trouve ses prolongements dans les travaux de certains cognitivistes, va alors nourrir une forme nouvelle d'innéisme chez certains spécialistes du bébé, appelée « nativisme ».
Des psychologues anglo-saxons et français comme Roger Lécuyer mettent en évidence les « compétences précoces » du nourrisson, dès les premiers mois de la vie, en ce qui concerne l'imitation et la catégorisation d'objets de tailles, de formes et de couleurs différentes (R. Lécuyer, *Bébés astronomes, bébés psychologues*, 1989). Sa description des stades est, elle aussi, remise en question par de multiples expériences montrant que, dans des environnements stimulants, les enfants peuvent apprendre beaucoup plus tôt que ne le prévoyait sa théorie. Car une autre critique adressée à Piaget, déjà dans les années 1930, par Henri Wallon et Lev S. Vygotski, est qu'il ne tient pas compte de l'environnement social. Il s'est intéressé à la cognition, laissant de côté le rôle des affects et de la culture. Or, c'est sur son entourage social que le bébé exerce ses premières actions : s'il pleure, il peut faire apparaître sa maman… Comme l'explique Roger Lécuyer, les parents et les autres humains sont des sources d'informations infinies.
Les néopiagétiens actuels tentent d'intégrer aux concepts de Piaget à la fois les connaissances accumulées sur les compétences précoces, les

conceptions nativistes et les sciences cognitives (voir notamment Olivier Houdé, Claire Meljac, *L'Esprit piagétien*, 2000).
Malgré donc les nombreuses critiques, la théorie de Jean Piaget et les autres théories constructivistes ont mis en avant une chose simple mais résolument nouvelle à leur époque : étudier l'enfant et la manière dont se construit son psychisme est la meilleure façon de comprendre la pensée humaine.

Pinker, Steven (1954) **& Susan** (1957)

Steven Pinker est un psychologue cognitiviste. Le langage ne s'apprend pas, selon lui, c'est un instinct comme les autres : l'enfant ne fait que mettre en œuvre des aptitudes innées issues de la sélection naturelle. Telle est la thèse défendue par ce psychologue américain d'origine canadienne dans *L'Instinct du langage* (1994). Pinker est devenu un fer de lance de la psychologie évolutionniste, qui postule que le comportement humain, même le plus sophistiqué en apparence, tire en partie son origine de l'évolution de notre espèce.
Sa sœur, la psychologue Susan Pinker, soutient l'existence d'une nature et de qualités spécifiquement féminines. Dans *Sexual Paradox*, elle dresse un constat : au Canada, les garçons ont deux fois plus de problèmes d'hyperactivité, quatre fois plus de troubles du langage et de l'apprentissage, dix fois plus de dyslexie. 70 % des filles ont leur bac contre 59 % des garçons. Pourtant, les hommes détiennent la plupart des postes à responsabilité et ont des salaires supérieurs. Pour Susan Pinker, il s'agit moins d'un effet de la domination masculine que de désirs différents des femmes face au travail et à leur façon d'appréhender l'existence. Et ces désirs seraient liés à des composantes biologiques : la testostérone rendrait les hommes plus vulnérables mais plus enclins à la prise de risque, alors que l'ocytocine rendrait les femmes douces et empathiques. Son livre n'a pas manqué d'entraîner de vives polémiques. Elle précise toutefois : « Il n'est pas question de dire que 100 % des femmes (ou des hommes) correspondent à ces profils. Dire par exemple que les femmes sont plus empathiques ne signifie pas que les hommes ne peuvent pas posséder cette capacité. »

Plasticité

La plasticité désigne la capacité du cerveau à s'organiser et à se réorganiser en fonction de l'expérience. Elle démontre qu'il n'est pas figé une fois pour toutes et qu'il possède de grandes capacités de régénération de fonctions. On distingue : la plasticité synaptique, liée à l'apprentissage continu tout au long de la vie ; la plasticité neuronale (ou « neurogenèse »), intense pendant la phase de la formation du cerveau et très limitée par la suite ; enfin, la plasticité des aires cérébrales, liée par exemple à la colonisation de certaines zones du cerveau devenues inoccupées chez les personnes ayant subi une amputation.

Parmi le nombre impressionnant d'études démontrant, depuis les années 1960, la plasticité du cerveau, nous en évoquerons seulement deux.

L'idée de plasticité cérébrale a été renforcée par le constat d'étonnantes restaurations d'aptitudes chez des personnes ayant subi des lésions cérébrales. En 2009, la revue *Neurocase* fait par exemple état d'un patient ayant subi, suite à une tumeur, l'ablation de l'aire de Broca, souvent nommée « aire du langage », et qui a récupéré une grande partie de ses capacités langagières. L'aire de Broca rongée par la tumeur, les zones voisines se sont substituées à elles et ont pris en charge les fonctions linguistiques.

Tout aussi fascinante est la question des membres-fantômes. Le neuropsychologue Vilayanur Ramachandran, professeur à l'université de Californie, San Diego, en est le spécialiste le plus réputé. Il a démontré que chez une personne dont le bras a été amputé, les zones cérébrales qui traitaient l'information en provenance du bras tendent à être envahies par les neurones des zones voisines. Ainsi, si l'on caresse la joue d'une personne amputée d'un bras, elle ressent tout à coup une bizarre impression : celle qu'on lui caresse son bras manquant…

Positive (psychologie)

Plutôt que se concentrer sur les troubles mentaux, comme la psychopathologie l'a toujours fait, cette discipline, émergée aux États-Unis dans les années 1990, s'efforce de définir scientifiquement ce qui rend heureux, ce qui donne du sens à la vie, ce qui permet de résister aux difficultés.

Selon Martin Seligman, professeur de psychologie à l'université de Pennsylvanie et principal initiateur de la psychologie positive, « quand nous

sommes devenus seulement une profession de guérison, nous avons oublié notre mission plus large : celle d'améliorer la vie de tous les gens ».
Depuis plus de trente ans, Mihaly Csikszentmihalyi étudie scientifiquement la question du bonheur. Après avoir interrogé des milliers de personnes, il a découvert que ce sentiment d'intense satisfaction est causé par un état de conscience particulier, le « flux », ou « expérience optimale » : absorbé par ce que l'on est en train de faire, on a l'impression que les choses ne vous demandent aucun effort, on ne sent pas le temps passer, les soucis émotionnels s'évanouissent.
Tal Ben-Shahar est « professeur de bonheur ». Son cours a été le plus fréquenté des étudiants de la prestigieuse université Harvard, aux États-Unis. Selon lui, « le tout premier facteur de sérénité, c'est l'autorisation que l'on se donne d'être humain, c'est-à-dire de connaître des hauts et des bas, des échecs, des variations d'humeur ».
En France, la psychologie positive est notamment relayée par Christophe André et Jean Cottraux, déjà pionniers des thérapies cognitives et comportementales. Si les trucs et astuces préconisés par la psychologie positive semblent souvent d'une simplicité déconcertante, à cela, dans sa préface à *L'Apprentissage du bonheur*, Christophe André répond : « Les principes et les fondamentaux qui nous permettent d'aller bien sont tous d'une grande simplicité, et pour la plupart connus depuis longtemps. Notre problème, c'est que nous ne les appliquons pas. »

Psychanalyse

Si l'on se réfère à la définition qu'en donna Sigmund Freud en 1923 dans l'*Encyclopedia Britannica*, la psychanalyse est le nom : d'un procédé d'investigation des processus psychiques, qui autrement sont à peine accessibles ; d'une méthode de traitement des troubles névrotiques qui se fonde sur cette investigation ; d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent en une discipline scientifique nouvelle. La construction de la psychanalyse freudienne commence dès 1896. Il y a deux procédés d'investigation fondamentaux chez Freud. Le premier, c'est *l'association libre*, qui consiste à demander au patient de dire tout ce qui lui vient à l'esprit. Ce n'est pas une simple divagation, c'est une exigence de suspendre la pensée critique. Freud insiste par exemple sur les pensées inopinées, dont on ne voit pas pourquoi elles nous traversent

l’esprit. Le deuxième procédé est *le transfert*. La façon dont les associations sont inconsciemment dirigées sur la personne de l’analyste permettent d’accéder non à ce qui se révèle du patient, mais ce qui se trahit de ses désirs ou de ses fantasmes.

Freud rompt ainsi avec l’hypnose, qui à la fin du XIX^{e} siècle était une sorte de manipulation expérimentale des pensées des patients. Il fait davantage confiance à la pensée impossible à diriger, comme le rêve, ou aux occasions où nous trahissons nos intentions malgré nous, comme nos lapsus et nos actes manqués. La spécificité de la psychanalyse est de transformer pendant le processus thérapeutique la névrose actuelle en névrose de transfert. C’est seulement au moment où la question se forme de savoir ce que signifie le symptôme dont je souffre, que le simple état douloureux peut devenir l’objet d’un questionnement adressé au psychanalyste. Le psychanalyste est supposé savoir ou deviner la raison de ce questionnement. Et ces interrogations, qui se répètent, permettent la manifestation des fantasmes et des désirs refoulés du patient. Dans la cure freudienne il y a bien deux phases : la résolution des symptômes comme réponse à la question de leur sens, puis la résolution du transfert comme libération finale du patient. Freud a construit une métapsychologie qui met en relation la sexualité infantile inconsciente et les symptômes de l’adulte, provoqués par une régression et une fixation à un stade de cette sexualité infantile. Cette métapsychologie faisait partie, pour Freud, d’une conception scientifique de l’Homme. La psychanalyse s’est aussi constituée comme une critique de la morale sexuelle traditionnelle, au point de considérer la répression des pulsions comme explication du malaise dans la culture. Presque toutes les critiques de la modernité s’en sont inspirées.

Après la mort de Freud, en 1939, cette définition a été pour l’essentiel conservée, mais élargie.

Au procédé d’investigation freudien, Melanie Klein a ajouté le dessin d’enfant comme expression de l’inconscient. De plus en plus, les actes des patients dans le cabinet sont eux aussi devenus des objets d’interprétation, même s’ils ne sont pas des paroles. Les œuvres d’art ont fait l’objet d’études censées révéler l’inconscient de leur auteur. Jacques Lacan partira de la linguistique et pas de la psychobiologie de la sexualité, et proposera une reconstruction des concepts fondamentaux de la psychanalyse en les enserrant dans un cadre (le Réel, le Symbolique, l’Imaginaire) dont Freud n’aurait jamais eu l’idée. Pour Lacan et ses adeptes, les modalités de

formation des psychanalystes diffèrent radicalement de celles de la très freudienne International Psychoanalytical Association et des associations affiliées. Une tension importante est apparue dans le développement du mouvement psychanalytique à partir des années 1950, entre ceux pour qui le moyen privilégié de l'inconscient, c'est l'association libre, et ceux pour qui c'est le transfert et le contre-transfert, autrement dit la réponse du psychanalyste aux projections du patient. Cette seconde tendance trouve son apogée dans le courant intersubjectiviste, très présent aux États-Unis. On y retrouve aussi l'*ego psychology* et des courants autonomes (adleriens, reichiens, jungiens…), issus des schismes successifs.

Une extension prévisible de la méthode freudienne a consisté à tenter de traiter les psychoses. Pour certains psychanalystes (Herbert Rosenfeld, Donald Meltzer, Paul-Claude Racamier, Wilfred Ruprecht Bion, Harold Searles), on peut apporter un accompagnement psychanalytique aux personnes psychotiques. D'autres (André Green) ont postulé l'existence de cas-limites, à qui l'on peut proposer des thérapies psychanalytiques. À la suite du développement de la psychanalyse d'enfants, la prise en charge des enfants et adolescents psychopathes a transformé la compréhension de la délinquance juvénile.

Si une partie du mouvement psychanalytique est attachée à la scientificité de la démarche, la dimension anthropologique et philosophique a pris une importance croissante. Sociologues et ethnologues se sont intéressés au freudisme dès les années 1930 (Bronislaw Malinowski, Margaret Mead). Les prolongements pédagogiques du freudisme ont bouleversé le statut de l'enfant. L'utilisation de Freud dans la critique politique, notamment à travers l'école de Francfort, a transformé la psychanalyse en philosophie anti-bourgeoise et libératrice. Depuis les années 1990, certains prônent l'existence de passerelles entre psychanalyse et neurosciences *via* la « neuropsychanalyse ». D'autres élargissent l'horizon d'enquête de la psychanalyse à la critique culturelle et à la défense de la singularité du sujet.

Des critiques (Mikkel Borch-Jacobsen), mais aussi des psychanalystes (A. Green), estiment qu'on ne peut plus parler de « la » psychanalyse, car elle ne constitue pas une théorie dont le champ est unifié, et qu'il y a autant de psychanalyses que de patients.

Pour certains, ce point est critiquable. Pour d'autres, c'est un grand avantage. Désormais, tout autant que la question de la transmission de la

psychanalyse, c'est celle de sa possible transformation qui est posée face aux évolutions sociales mais aussi aux attaques qu'elle doit affronter : suppression de toute référence à la psychanalyse dans la troisième édition du *DSM* en 1980, rapport Inserm sur les psychothérapies en 2004, *Livre noir de la psychanalyse* en 2005, *Freud Wars* et autres travaux de Mikkel Borch-Jacobsen, *Crépuscule d'une idole* de Michel Onfray en 2010, vives critiques sur sa prise en charge de l'autisme, etc. La psychanalyse a perdu son monopole sur la psychothérapie dans les années 1960 en subissant la concurrence des thérapies comportementales puis cognitivo-comportementales. Elle souffre de deux handicaps : il est difficile d'opérationnaliser les méthodes et les résultats d'une telle cure, et elle ne vise pas à la suppression des symptômes, mais à une transformation générale de la personnalité qui a pour effet la modification du vécu de ces symptômes.

Psychosomatique

Le terme est utilisé pour la première fois en 1818 par l'interniste et psychiatre allemand Johann Christian Heinroth (1773-1843), de l'université de Leipzig, pour exprimer l'influence des passions sur certaines maladies comme la tuberculose, l'épilepsie ou le cancer.

L'apport de la psychanalyse reste très important pour comprendre le phénomène, qui serait à considérer comme la jonction de l'organisme (le réel), de représentations corporelles (l'imaginaire) et du symbole représenté par le choix de l'organe touché. Freud, le premier, adhérait à l'idée d'une influence des facteurs psychiques dans les troubles d'origine organique. Une notion freudienne est souvent considérée comme une des fondations de la pensée psychosomatique : la conversion hystérique.

Les hystériques étaient des patientes présentant des pertes de mémoire, des toux nerveuses, des douleurs au ventre ou des phases de paralysie de certains membres. Ces atteintes organiques, sans origine lésionnelle, étaient, pour Freud, liées à un conflit psychique d'origine sexuelle.

En France, le psychosomaticien Pierre Marty, fondateur avec Christian David et Michel de M'Uzan de l'École psychosomatique de Paris, a développé une théorie originale centrée sur ce qu'il va nommer l'économie psychosomatique : lorsque l'excitation provenant des instincts, de l'énergie sexuelle ou des pulsions agressives ne peut être gérée par les structures

psychiques, la désorganisation qui en découle peut toucher le corps. Pour Marty, il existerait deux grands types de somatisation : réversible (asthme, eczémas, maux de tête) et grave (toute maladie mettant en jeu le pronostic vital), qui se déroulent selon des schémas distincts, par étapes.

Psychopathe

Dans le sens courant, le mot « psychopathe » fait songer au tueur en série, au pédophile pervers ou encore au sadique. En psychologie clinique, le psychopathe est caractérisé par un manque d'empathie, une forte impulsivité, (ce qui comprend une conduite à risque), une tendance à l'activité criminelle et une absence de culpabilité. Ces caractéristiques constituent le trouble de la personnalité antisocial dans le *DSM-5*.

L'origine de la psychopathie est sujette à débat parmi les spécialistes, mais elle est souvent attribuée à une tendance génétique vers certains comportements (impulsivité) et à l'exposition à un environnement familial et social défavorable (violence, activité criminelle) pendant l'enfance.

En effet, le psychopathe a été souvent victime de violence physique de façon très précoce. De surcroît, il s'agit de familles où règne de façon générale une violence potentiellement meurtrière, dont l'enfant craint d'être la victime. Ensuite, la mère instaure avec l'enfant un climat incestueux et dénigre le rôle du père. Enfin, il s'agit de familles dans lesquelles les parents eux-mêmes ont un mauvais rapport aux normes, à l'autorité.

Ce contexte prédispose l'enfant à développer très tôt (on peut généralement l'observer dès l'école primaire) des conduites déviantes polymorphes (vols, agressions physiques et sexuelles, défis aux personnes représentant l'autorité). Il cherche en effet en permanence à tester le pouvoir de ses désirs sur le monde ; il décharge ses tensions psychiques internes (fréquentes, vue son intolérance à toute frustration) dans des passages à l'acte violents.

Psychose

Dès ses premiers écrits, Freud repère la coexistence de deux attitudes dans les psychoses : l'une tient compte de la réalité ; l'autre, « sous l'influence des pulsions, détache le Moi de la réalité ». Le délire psychotique, qui a toujours une raison d'être, est une tentative de guérison.

Son étude sur les *Mémoires d'un névropathe* fera de Daniel-Paul Schreber le malade le plus célèbre de l'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse. En 1893, à l'apogée de sa carrière, l'homme est promu président de la cour d'appel de Dresde. À peine appelé à cette fonction, il sombre dans un délire spectaculaire. Dans les années 1950, en reprenant la lecture du cas Schreber, Lacan fondera son concept majeur, la « forclusion du nom du père » comme mécanisme psychique opérant de la psychose. La forclusion, c'est le rejet d'un signifiant primordial organisant l'ordre symbolique, qui reparaît dans le Réel sous forme de délire hallucinatoire (par exemple, la conviction délirante d'être espionné par les services secrets).

De nos jours, la classification de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*DSM-5*) regroupe les psychoses sous le titre « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ».

Psychothérapies

La première utilisation du mot « psychothérapie » date de 1872, sous la plume de l'aliéniste britannique Daniel Hack Tuke (1827-1895). Dans *Illustrations de l'influence de l'esprit sur le corps dans la santé et la maladie*, il plaide pour une étude scientifique du pouvoir thérapeutique de « l'imagination », que les médecins, selon lui, connaissent et utilisent depuis longtemps. De fait, tout en innovant sur le plan linguistique, Tuke se relie à une histoire médicale remontant à la deuxième moitié du XVIII^{e} siècle : celle de la prise en charge de l'aliénation mentale sous la forme du « traitement moral », et du constat des effets de l'esprit sur le corps. Souvent vu comme l'une des origines de la psychothérapie, ce traitement moral désigne une prise en charge par les vertus de la parole persuasive plutôt que par la contention. Toutefois, dans la réalité, le rapport entre nombre de soignants et de soignés limite sa mise en œuvre au cours du XIX^{e} siècle.

Si la psychothérapie se confond un temps avec la pratique de l'hypnose et de la suggestion, d'autres formes, présentées comme rationnelles, lui sont rapidement opposées, tant et si bien qu'on peut parler autour de 1900 d'une querelle entre « médecins-hypnotiseurs » et « médecins-raisonneurs ». Ces divergences n'entravent nullement la diffusion de la psychothérapie dans

l’Europe entière et en Amérique du Nord, un succès qui doit sans doute beaucoup à la diversité des procédures mises en œuvre. Apparaissent des revues spécialisées et des sociétés savantes, et la psychothérapie figure régulièrement aux côtés des traitements somatiques dans l’offre des cliniques privées destinées aux « nerveux » issus des classes aisées.

Alors que le traitement moral des origines s’adressait aux aliénés, la psychothérapie est envisagée avant tout comme un moyen curatif adapté aux malades nerveux autour de 1900. Jusqu’à 1920, la notion de psychothérapie coexiste avec celle de psychanalyse dans les écrits de Freud, avant qu’il abandonne définitivement le terme « psychothérapie », suite à des divergences avec plusieurs collègues, dont Otto Rank, Sandor Ferenczi, Carl G. Jung et Alfred Adler. En effet, certains préconisent une attitude plus active du psychanalyste. Les partisans de l’orthodoxie freudienne dénoncent alors toute déviation de la cure type et toute approche psychothérapeutique comme un retour à la suggestion. Aujourd’hui encore, pour certains analystes, la psychanalyse ne recherche pas à atteindre un but thérapeutique. Le résultat thérapeutique peut advenir de surcroît, au cours du processus psychanalytique.

Dans les années 1950, le terme « psychothérapie psychanalytique » est repris par les psychanalystes eux-mêmes qui souhaitent aménager le cadre de la cure classique pour les patients psychotiques ou états-limites. Jusqu’aux années 1970, au moment même où la psychanalyse jouit d’un statut de référence forte au sein de la psychiatrie, la psychothérapie renvoie le plus souvent à une pratique dite d’inspiration psychanalytique.

Dans les années 1970, on assiste cependant à un effritement de l’hégémonie de la référence psychanalytique et du monopole médical sur l’exercice de la psychothérapie. Les étapes de cette évolution sont les suivantes :

• À partir des années 1970, de nouveaux courants psychothérapeutiques, comme la théorie systémique ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), établissent leur légitimité au sein de la psychiatrie.

• Avec le foisonnement de nouvelles approches dites du « potentiel humain » (qui se situent pour l’essentiel en dehors du champ de la santé mentale), la notion de développement personnel tend à se substituer à celle de traitement psychothérapeutique. L’idée qu’il n’est pas nécessaire d’être « malade » pour entreprendre une psychothérapie, déjà présente dans la psychanalyse, gagne ainsi en audience. De plus, le savoir

psychopathologique des médecins et des psychologues cesse d'apparaître comme une base indispensable à l'exercice de la psychothérapie.
• Les psychologues cliniciens, profession apparue dans l'immédiat après-guerre, revendiquent avec un succès croissant le droit de pratiquer la psychothérapie de manière autonome. Parallèlement, d'autres professionnels, universitaires ou non, s'organisent dès les années 1980 pour réclamer de tels droits dans le cadre d'associations de psychothérapeutes.
• La diversification des courants psychothérapeutiques, comme des professionnels jugés aptes à les mettre en œuvre, se voit reconnue dans les réglementations adoptées à partir de la fin des années 1980 dans nombre d'États européens. Si le principe est acquis, les critères de reconnaissance suscitent en revanche de vives controverses. Or, ces débats se déroulent aujourd'hui dans un contexte où les règles en vigueur dans le champ de la santé se trouvent profondément modifiées, d'une part avec la légitimité de la « médecine centrée sur la preuve » (évaluation de l'efficacité), d'autre part avec les exigences du « new public management » (qualité, normalisation, économicité). Ainsi, à l'avenir comme par le passé, la psychothérapie se voit conditionnée par les normes de son temps. En France, plus de 3 millions de personnes auraient eu recours à des psychothérapies.

Les différentes psychothérapies

• Les thérapies familiales

Elles renvoient à des inspirations théoriques diverses, psychanalytiques, cognitivo-comportementales ou systémiques et reposent sur le repérage des influences de chaque membre de la famille sur l'autre et sur l'ensemble du groupe familial. L'action du thérapeute ne porte donc pas sur le sujet isolé mais sur les dysfonctionnements de son système familial.

• Les thérapies de groupe

Les groupes thérapeutiques ont connu un essor considérable à partir des années 1960, notamment par l'intermédiaire de théoriciens comme Wilfried Bion, Didier Anzieu et René Kaës. On distinguera les thérapies « de » groupe, qui mettent l'accent exclusif sur les phénomènes collectifs, dynamiques et inconscients, des thérapies « en » groupe, continuation dans

un cadre groupal des thérapies individuelles. Le groupe permet à certains patients qui ont des difficultés d'élaboration dans un cadre individuel ou manquent de repères pour se situer et évaluer la gravité de leurs troubles, de trouver, par le groupe, un cadre suffisamment contenant et étayant pour tenter de ne plus vivre leurs symptômes dans l'isolement, la peur, la culpabilité ou la honte.

• Les thérapies de couple

Les consultations conjugales voient le jour aux États-Unis dans les années 1930 et sont à l'origine destinées aux jeunes mariés connaissant des difficultés liés à la fécondité. On distinguera plusieurs sous-types de thérapies de couple : celles où la psychanalyse sert de référentiel, celles issues des prises en charge familiales systémiques, où il s'agit de réfléchir sur les interactions dans le « système couple », et celles calquées sur le modèle des cothérapies de Williams Masters et Virginia Johnson, où prime le décryptage des difficultés liées à un symptôme sexuel.

• L'hypnose

L'hypnothérapie contemporaine cherche à susciter le changement en encourageant la reprise de confiance et le retour à l'initiative du sujet. Elle prend ainsi appui sur une tendance de l'être humain à manifester d'autant plus d'initiative, d'audace et d'indépendance qu'il dispose d'un environnement favorable et sécurisant.

• La psychanalyse et les thérapies psychanalytiques

Il existe aujourd'hui de très nombreux courants psychanalytiques, se réclamant de Sigmund Freud, de Carl G. Jung, de Melanie Klein, de Donald W. Winnicott ou de Jacques Lacan. Ces courants se sont différenciés les uns des autres, tant par leurs théoriciens que par leurs modalités pratiques. Leur travail thérapeutique a toutefois pour règles communes de s'intéresser aux processus inconscients, aux conflits issus de l'enfance et de donner un rôle central à la parole, au transfert et à l'interprétation.

• Les thérapies psychocorporelles et émotionnelles (bio-énergie, analyse primale, psychodrame émotionnel, etc.)

Elles sont des dérivés de la psychanalyse et se sont développées à partir des travaux de William Reich sur les défenses corporelles. Elles reprennent l'essentiel de la démarche psychanalytique, mais en portant une attention particulière au langage du corps, à l'expression des émotions et aux symptômes de blocage musculaires et respiratoires.

• Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les TCC sont des thérapies brèves. Elles s'appuient sur la mise en place volontaire de nouveaux apprentissages destinés à augmenter les capacités de bien-être et d'autonomie du patient. Ces thérapies visent moins à transformer l'ensemble de la personnalité qu'à éliminer les symptômes pathologiques. Elles agissent par déconditionnement et restructuration cognitive.
Les TCC ont connu trois générations successives : une première comportementale (1950-1980), une deuxième qui correspond à la révolution cognitive (1980-1990), enfin la vague « émotionnelle » des années 1990 à nos jours, caractérisée par l'acceptation plutôt que l'évitement des pensées pénibles, et qui s'inspire aussi de techniques de méditation.

• Les thérapies de la communication (Analyse transactionnelle, Gestalt-thérapie, thérapies systémiques, etc.)

Elles cherchent à agir essentiellement sur la façon dont nous entrons en relation avec les autres, sur les difficultés de communication et sur les jeux pathologiques qui entravent nos interactions avec autrui.

• Les thérapies humanistes

Pour ces approches thérapeutiques, une source essentielle des troubles psychologiques repose sur le manque de sens que l'on donne à son existence. Plutôt que de chercher à analyser le passé, elles visent à éclairer le présent et l'avenir, en mettant notamment l'accent sur les aspirations de l'individu et son engagement (logo-thérapie de Viktor Frankl, thérapie existentielle d'Irvin Yalom, thérapie centrée sur le sens de Paul Wong, groupes de parole de David Spiegel).

• L'approche centrée sur la personne

Ces thérapies reposent sur un postulat on ne peut plus optimiste : chacun détient en soi les clés de son bien-être. L'ACP, fondée par Carl Rogers, se fonde sur trois conditions pour que chacun puisse accéder à la connaissance de soi : le patient est celui qui est le plus à même de savoir quel est le chemin à emprunter ; l'empathie du thérapeute permet de saisir le vécu émotionnel du patient et de lui transmettre cette compréhension comme un miroir ; la thérapie est une rencontre entre deux êtres, différents mais égaux.

• Les thérapies de soutien et d'accompagnement

Elles se développent à partir des années 1980 en milieu institutionnel, mais aussi associatif pour permettre à des personnes confrontées à l'annonce d'une maladie grave ou du deuil d'un proche, de bénéficier d'un travail spécifique d'écoute et d'accompagnement. Il s'agit moins d'analyser les conflits inconscients que de pouvoir s'adapter au mieux à une réalité, si angoissante soit-elle.

• L'EMDR

Découverte par hasard en 1987 par Francine Shapiro, l'Eyes Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) postule qu'une anxiété d'origine traumatique peut disparaître grâce à des mouvements oculaires. Au fil des ans et des chocs vécus, certaines informations traumatiques ne sont pas traitées et donc pas mémorisées. L'objectif de l'EMDR consiste à favoriser le transfert de l'information entre les cerveaux émotionnel et cognitif pour faire cesser les troubles.

• Les thérapies en réalité virtuelle

Très inspirées par les TCC, les thérapies en réalité virtuelle sont majoritairement utilisées pour le traitement des troubles anxieux, en particulier celui des phobies. Le patient interagit avec un environnement virtuel qu'il voit sur écran ou dans lequel il se trouve immergé grâce à un visiocasque. L'objectif est de l'aider à réduire son anxiété en l'exposant à des situations anxiogènes, pour le désensibiliser à l'objet de sa phobie.

Psychotropes

La France reste dans le peloton de tête des consommateurs de médicaments psychotropes. Environ 5 % des Français en prennent régulièrement, toujours sur prescription, car ces médicaments ne sont pas en vente libre. En croisant ce chiffre avec ceux des pathologies, dépressions et troubles anxieux surtout, il ne semble pas y avoir réellement de surprescription, étant donné que ces troubles touchent 5 à 10 % de la population. Trois réels problèmes émergent cependant :

Le premier est celui de la juste répartition de ces prescriptions. Nombre de personnes (entre 25 et 50 %) souffrant de dépression sévère ne sont pas « détectées » et donc pas traitées. À l'inverse, on note des prescriptions excessives pour des troubles légers ne relevant pas de traitement psychotrope. Le second problème est celui de la durée des traitements : souvent trop courte, avec un risque élevé de rechute et parfois trop longue, sans bénéfice clair. Le troisième problème est celui du choix du traitement : il existe des centaines de psychotropes, il faut parfois plusieurs essais pour trouver le traitement approprié à tel ou tel patient.

Depuis les années 1990, des polémiques éclatent régulièrement concernant les effets secondaires potentiellement dangereux de certains psychotropes : le Prozac favoriserait chez certains des passages à l'acte agressifs ou suicidaires, les benzodiazépines augmenteraient les risques d'Alzheimer, etc.

Les classifications des troubles mentaux, le *DSM* notamment (le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association de psychiatrie américaine), sont soupçonnées de faire le lit des laboratoires pharmaceutiques, en créant de nouvelles pathologies exploitées par les firmes pharmaceutiques pour des indications hasardeuses. Le dernier exemple en date est celui du *DSM-5* (sortie en 2013) où l'on préconiserait l'usage des neuroleptiques atypiques, d'abord utilisés seulement pour la schizophrénie puis également pour les troubles de l'humeur, à présent aussi pour des troubles anxieux.

Ces polémiques ne doivent pas faire perdre de vue deux éléments fondamentaux : d'une part, la découverte des neuroleptiques en 1950 a permis de limiter les symptômes les plus spectaculaires d'un grand nombre de patients psychotiques, et donc de leur éviter une hospitalisation permanente.

D'autre part, une médication est indispensable dans les troubles psychiatriques graves comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, ou

encore des dépressions très sévères dites mélancoliques. Les risques suicidaires et/ou de désinsertion sociale y sont tels que ne pas secourir le patient serait une faute éthique et professionnelle grave. Dans ces cas, les psychothérapies seules ne peuvent être suffisantes.

Q

Q.I.

Le grand public semble aujourd'hui friand du quotient intellectuel (Q.I.), censé mesurer l'intelligence. Chacun étant curieux de connaître le sien, des magazines, des sites Internet et des émissions télévisées proposent de le calculer en quelques minutes pour le comparer à celui de personnalités du *show-biz*. On pourrait en sourire, si cette vogue n'avait des effets pervers : les psychologues sont de plus en plus souvent confrontés à des parents demandant qu'on leur fournisse le Q.I. de leur enfant afin de savoir quel avenir lui est promis. Les attentes sociales sont telles en matière d'intelligence que la stigmatisation pour un faible Q.I., par exemple, est un danger réel.

Mais le Q.I. ne constitue pas une évidence mathématique : il a une longue histoire. Alfred Binet et Théodore Simon proposent en 1905 leur échelle métrique de l'intelligence, destinée à repérer les enfants promis aux plus grandes difficultés scolaires, afin de prévoir les aménagements pédagogiques qui leur seront dispensés. L'échelle de Binet-Simon permet d'attribuer à chaque sujet son « âge mental », c'est-à-dire l'âge auquel des enfants « normaux » accomplissent des performances analogues aux siennes. Le retentissement de ces travaux sera immense aux États-Unis. En 1916, une version élaborée par Lewis M. Terman ajoute le Q.I., en l'occurrence le rapport entre l'âge mental et l'âge réel, multiplié par 100. Enfin, en 1939, pour faciliter l'utilisation de l'échelle sur les adultes, le psychologue américain David Wechsler modifie le mode de calcul du Q.I., qui conserve son nom, bien qu'il ne soit plus un quotient.

Le Q.I. de type Wechsler, régulièrement actualisé, s'est imposé comme échelle d'évaluation de l'intelligence, mais constitue la source d'un premier malentendu. Le chiffre obtenu laisse croire que chacun disposerait d'une certaine dose de facultés intellectuelles. Or, le Q.I. Wechsler ne mesure pas l'intelligence comme on mesure la taille ou le poids, mais classe (avec une marge d'erreur) un individu selon ses performances, par rapport à ses pairs de même âge. Le Q.I. a donc une valeur statistique, et non pas métrique. Une autre idée reçue veut qu'il soit acquis une fois pour toutes dès 6 ans, ce

qui signifie que malgré le développement de son intelligence, un individu occuperait toujours le même rang dans sa tranche d'âge. En fait, le Q.I. n'est pas immuable : il peut varier considérablement si l'environnement socioculturel est lui-même modifié. Par exemple, une étude se penchant sur l'évolution intellectuelle des petits Américains a montré que le Q.I. d'enfants pauvres peut chuter de 5 points entre 6 et 11 ans, tandis que celui d'enfants plus favorisés reste stable. Selon les chercheurs, aucun autre facteur que l'environnement ne semble expliquer ce chiffre. La valeur prédictive du Q.I. est donc faible : un praticien ne peut se fonder sur un Q.I. ancien pour apprécier l'intelligence actuelle ou future d'un patient.

Il existe un autre argument scientifique de taille contre le Q.I. : il constitue l'héritage du début du XX^{e} siècle, où l'on définissait l'intelligence comme une faculté globale, unique, ou comme un ensemble d'aptitudes dotées d'un dénominateur commun (le « facteur G »). Or, cette conception est aujourd'hui battue en brèche : de nombreux psychologues considèrent plutôt l'intelligence comme un ensemble d'aptitudes indépendantes, inégalement exprimées dans chaque individu.

R

Résilience

Les pires épreuves sont surmontables, la guérison est toujours possible, et nul n'est condamné au malheur : la résilience, processus complexe par lequel les blessés de la vie peuvent déjouer tous les pronostics, est indissociable en France de la figure de Boris Cyrulnik, neurologue, psychiatre et éthologue, qui a rendu accessible au grand public un des concepts clés issus de la théorie de l'attachement. C'est à Emmy Werner (1982) qu'est attribuée la maternité du concept de résilience. Cette psychologue américaine a suivi à Hawaï 700 enfants sans famille, sans école, agressés physiquement et sexuellement. Trente ans plus tard, la plupart de ces enfants étaient devenus des adultes massacrés. Mais, surprise, 28 % avaient appris un métier, fondé une famille et ne souffraient pas de troubles psychiques majeurs.

À Londres, dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, les psychanalystes Anna Freud et René Spitz avaient constaté que le devenir d'enfants traumatisés par les bombardements était différent selon l'institution qui les hébergeait. John Bowlby avait décrit par ailleurs les troubles organiques et psychosociaux provoqués par la carence en soins maternels. Cette théorie de l'attachement fournit un précieux outil d'observation, d'expérimentation et de réflexion qui permet d'analyser comment, après un fracas spectaculaire, un sujet blessé parvient à reprendre un nouveau développement.

Rêve

Cela fait maintenant plus d'un siècle que Sigmund Freud a publié *L'Interprétation des rêves*, dont l'influence reste considérable.

Mais les nombreuses données scientifiques collectées depuis remettent en cause certains piliers fondamentaux de la théorie freudienne. Selon Freud, les rêves servent à l'accomplissement de désirs et de pulsions inavouables, généralement d'ordre sexuel. Une censure psychique les transforme en rêves : en dissimulant des désirs inconscients incompatibles, le rêve est le

« gardien du sommeil », car il évite un réveil provoqué par l'expression de ces désirs. Plusieurs études, notamment chez des patients présentant des lésions cérébrales vasculaires, montrent que la majorité des sujets qui ne rêvent pas n'ont pas pour autant un sommeil perturbé. De même, les enfants, qui dorment pourtant profondément, rêvent peu jusqu'à l'âge de 8-9 ans (environ quatre fois moins que les adultes). Le sommeil est donc préservé même lorsque les rêves sont diminués ou absents.

Selon Freud, « chaque rêve est l'accomplissement d'un désir ». Pourtant la majorité des rêves sont désagréables, empreints d'anxiété, de peur ou de colère. Loin d'être une exception, les rêves des sujets souffrant par exemple d'un syndrome de stress post-traumatique montrent que les rêves d'accomplissement d'un désir ne constituent qu'un sous-ensemble de tous les rêves possibles. Freud lui-même modifiera l'énoncé de sa théorie en 1933, en ajoutant que les rêves sont des « tentatives » déguisées d'accomplissement d'un désir.

Mais les rêves sont-ils si inintelligibles ? Rien n'est moins sûr. À partir d'une collection de 635 récits de rêves, l'Américain Frederick Snyder constate que 90 % des rêves sont en fait des expériences crédibles de la vie de tous les jours, impliquant des activités très ordinaires, sans événement improbable. Ces résultats obtenus dans les années 1960 ont été très largement confirmés par les travaux ultérieurs.

En outre, Freud affirme que les émotions dans les rêves paraissent souvent inappropriées par rapport au contenu onirique, contenu altéré par le travail du rêve qui laisserait toutefois les émotions intactes. Contrairement à cette assertion, les études systématiques des rêves dans les laboratoires du sommeil montrent que les émotions sont généralement parfaitement congruentes avec le contenu manifeste du rêve.

Ainsi, la théorie freudienne sur les rêves ne trouve que peu d'échos au sein de la communauté scientifique. Mais alors, si les rêves ne servent pas à l'accomplissement de désirs cachés, quel est leur rôle ? Cette question reste débattue.

S

Schémas

Le schéma désigne une structure cognitive qui spécifie les propriétés générales d'un objet ou d'un événement, et abandonne tout aspect spécifique ou contingent. David Rumelhart et Donald Norman (1985) énumèrent les cinq caractéristiques de ces schémas cognitifs :

• ils comportent des éléments fixes et d'autres variables. « Vendre un objet » comporte une structure stable : échanger un objet contre de l'argent. Mais la nature de l'objet aussi bien que la somme d'argent demandée sont des variables ;

• ils peuvent s'emboîter. Le schéma de l'œil peut être emboîté dans celui du visage ; ceux de l'iris et de la cornée sont emboîtés dans celui de l'œi ;

• ils peuvent être concrets (la voiture) ou abstraits (la liberté) ;

• ils sont utilisés pour représenter des connaissances plutôt que des définitions ;

• ce sont des mécanismes de reconnaissance. Il suffit d'entendre siffler dans le jardin pour savoir qu'il s'agit d'un oiseau.

Face aux conflits avec autrui, nous adoptons des attitudes caractéristiques : la fuite, la confrontation ou la recherche du dialogue. Ces attitudes sont caractéristiques d'un « schéma » de comportement. Ces schémas peuvent être inadaptés à la situation. Ainsi, une jeune femme abusée dans l'enfance aura tendance à adopter un comportement de méfiance face aux sollicitations masculines, même normales. La thérapie des schémas, dont Jeffrey E. Young est le fondateur en 2003, repose sur la prise de conscience par l'individu de ses schémas de pensée et de conduite, et leur modification par des techniques de contrôle émotionnel et comportemental (jeux de rôle, expérience de pensée, expérimentation).

Schizophrénie

Les personnes schizophrènes sont souvent stigmatisées, à tort, comme dangereuses. Dès qu'un crime est commis par un déséquilibré, la peur du « schizophrène dangereux » revient sur le devant de la scène et parasite

toute compréhension possible que l'on peut avoir de la maladie mentale. Or, les schizophrènes sont surtout dangereux pour eux-mêmes : ils se suicident 12 fois plus que la moyenne des autres individus et rares sont ceux qui représentent un danger pour autrui. En fait, la proportion de malades mentaux commettant des actes de violence est très faible. Sachant qu'en France, 1 % de la population souffre de troubles schizophréniques, la Haute Autorité de Santé rapporte que ceux-ci sont à l'origine de 3 à 5 % des cas de violence.

Emil Kraepelin, psychiatre allemand, fut l'un des premiers à décrire la *dementia praecox* : il s'agissait pour lui d'une forme d'évolution inexorable vers un « état d'affaiblissement psychique », ce qui sera contredit par la suite. Plus tard, les travaux d'Eugen Bleuler permirent de mieux cerner l'évolution du « groupe des schizophrénies » (1911). Ce terme est formé de deux racines grecques, *schizo* (fendre, séparer) et *phrène* (esprit). Bleuler décrivit la schizophrénie comme une rupture, une séparation des mécanismes psychiques permettant de lier les pensées et les émotions.

De nos jours, le diagnostic de schizophrénie repose sur un ensemble de symptômes d'évolution chronique (durée d'évolution supérieure à six mois), définis dans des manuels destinés aux médecins. L'approche dimensionnelle de la maladie permet de distinguer trois groupes de symptômes.

Les symptômes positifs sont « produits par la maladie » :

• Les symptômes délirants : il s'agit de pensées inhabituelles, de croyances irréelles qui correspondent à une distorsion de la perception de la réalité. Lors d'une phase délirante, le patient est persuadé que ses idées sont vraies. Ce sont souvent des idées de persécution (impression d'être suivi dans la rue, d'être sur écoute), mais d'autres thématiques peuvent émerger : idées mystiques, de possession, de toute-puissance, de filiation, de jalousie, d'invention. Ces idées peuvent entraîner des actes et des troubles du comportement plus ou moins graves, envers soi-même ou les autres.

• Les hallucinations : ce sont des perceptions sensorielles sans objet, qui peuvent toucher les cinq sens. Elles sont le plus souvent auditives, avec la certitude d'entendre des bruits ou des voix dont on ignore la provenance. Il peut s'agir de la perception d'une voix intérieure, ou d'une pensée ressentie comme provenant de l'extérieur comme par télépathie (automatisme mental). Ces voix ou cette pensée étrangères sont souvent vécues comme désagréables, engendrant une souffrance intense. La présence

d’hallucinations peut alimenter les idées délirantes (agresser une personne dont on pense qu’elle vous persécute).

Les symptômes négatifs sont caractérisés par le repli affectif et social, et l’apathie :

• Les troubles du ressenti émotionnel : détachement par rapport à des situations qui entraînent normalement du ressenti (naissance, deuil, stress), discordance entre les pensées et les émotions, difficulté à interpréter les émotions des autres. Les émotions sont inadaptées à la situation, comme se mettre à sourire en évoquant la mort d’un proche.

• L’isolement, le repli sur soi : ils peuvent se rencontrer dans d’autres pathologies, mais le caractère global, durable et progressif de l’isolement ainsi que l’association avec la froideur et la discordance ont un impact majeur sur la qualité de vie du sujet, qui aboutit à une désinsertion affective et socioprofessionnelle handicapante.

• La fatigue et le manque d’énergie : ils sont fréquents, et ne correspondent pas à un manque de volonté ni à la paresse, mais à une incapacité à faire les choses (on parle d’« apragmatisme »). **Les symptômes de désorganisation :**

• Les troubles du contenu de la pensée se manifestent par une difficulté à maintenir son attention, un discours peu cohérent, des tentatives d’explication floues des symptômes (on parle alors de « rationalisme morbide »).

• Les comportements, conséquence de la désorganisation de la pensée, deviennent désorganisés. Les actions sont inadaptées à la situation, comme se promener en après-ski et en manteau de laine en plein été. Des troubles du comportement avec agressivité peuvent exister. La présence d’une désorganisation importante des comportements constitue l’un des éléments qui alimentent le plus la stigmatisation des patients.

Sexualité

On distingue classiquement trois dimensions de la sexualité : celle liée à la reproduction sexuée qui ne concerne qu’une partie des espèces, le champ des conduites reproductives et érotiques à l’intérieur de notre espèce et enfin, les valeurs attachées à la vie sexuelle, morale, esthétique et même politique (par exemple, la répression de l’homosexualité, les politiques natalistes).

Les deux dernières acceptions ont toujours été considérées comme étroitement liées. Par exemple, l'homosexualité en Grèce antique était considérée comme normale, voire idéalisée dans certains milieux sociaux de certaines cités. Mais le cœur du problème aujourd'hui réside plutôt dans l'articulation entre les deux premiers points : est-ce que le biologique détermine le psychologique ou est-ce que le psychologique et le social déterminent le biologique, et dans quelles proportions ? Ces problèmes se reflètent dans les trois grandes périodes de la psychologie de la sexualité.

La première est celle de **la psychosexualité freudienne**. Les individus humains appartenant à une espèce sexuée ont un inconscient sexuel qui commande leurs relations à leurs partenaires. Pour Freud, il ne peut pas y avoir d'autre inconscient qu'un inconscient sexuel dans un contexte darwinien. C'est ce qui explique la célèbre tolérance de l'homosexualité chez Freud et son refus militant de la punir ou de la pathologiser. La raison n'est pas morale, elle est scientifique : la sélection naturelle conserve les fonctions qui sont adaptées, mais elle ne dit rien des objets que ses fonctions peuvent ou doivent avoir. Par exemple, les organes génitaux sont conservés par la sélection naturelle, mais le choix d'objet des individus, lui, n'a rien de naturel. C'est pourquoi la plupart des gens sont hétérosexuels au sens où ils contribuent à la reproduction de l'espèce, mais les homosexuels ne sont pas hors nature. Au niveau de l'espèce, l'hétérosexualité est donc le cas normal, mais il n'y a rien de biologiquement anormal dans l'homosexualité des individus. Ces idées culminent dans la notion de pulsion, où Freud distingue d'un côté la zone érogène et la quantité d'énergie sexuelle, qui sont fixées anatomiquement et biologiquement, et de l'autre l'objet de la pulsion et son but, qui sont très mobiles, y compris chez un même individu et très dépendants de sa vie relationnelle (sociale, familiale, etc.). Un autre apport majeur de la psychanalyse dans la compréhension de la sexualité humaine concerne la présence et le rôle d'une sexualité infantile. Dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Freud postule l'existence de quatre stades du développement psychosexuel. À chacun de ces stades prédomine une zone érogène différente : orale, anale, phallique, génitale. L'enfant est dit « pervers polymorphe » car, chez lui, n'est pas encore établi le primat de la zone génitale et de la relation à l'objet (autrui). Cette perversité de l'enfant est évidemment à distinguer de la sexualité perverse. La sexualité perverse proprement dite, est caractérisée

par l’exclusivité du mode d’obtention de l’orgasme (par exemple, ne pouvoir atteindre l’orgasme que si on renifle un pied, etc.).
À partir de la Seconde Guerre mondiale, des **enquêtes empiriques** ont profondément modifié les idées sur la psychologie de la sexualité. En 1948 et 1953, les deux rapports Kinsey ont montré qu’il existe statistiquement beaucoup plus de pratiques sexuelles « immorales » ou « déviantes » qu’on ne croyait (masturbation, homosexualité, partenaires multiples…). En 1966, William Masters et Virginia Johnson fondent la sexologie clinique moderne, en établissant, sur des bases empiriques, les quatre stades de la réponse sexuelle (excitation, plateau, orgasme, résolution). Ils ont été sévèrement critiqués pour n’avoir pas tenu compte du contexte culturel ni du vécu subjectif des individus qui ont participé à leur enquête. Tout récemment, la psychologie évolutionniste a cherché à caractériser les spécificités de l’espèce humaine parmi les grands singes : aucun signal physiologique de l’ovulation (pas d’odeur), une ménopause, des rapports sexuels cachés au groupe, dans la plupart des cas le père jouant un certain rôle dans l’éducation.
La notion de genre a enfin joué un rôle majeur en psychologie de la sexualité. Elle émerge avant 1914 quand les connaissances anatomiques et physiologiques, et surtout la découverte des hormones, permettent de s’étonner devant des individus dont le comportement et peut-être le « cerveau » sexuel ne correspond pas au corps sexuel. L’endocrinologie se développe entre les deux guerres, en insistant sur les transitions insensibles entre le masculin et le féminin et la fragilité des dichotomies culturelles du point de vue du biologiste.
La psychanalyse a largement souligné la différence entre identité sexuelle et identité psychique. « Cette dernière, rappelle le psychanalyste Jacques André dans sa préface aux *100 mots de la sexualité*, se constitue au gré des premières relations, dans la rencontre du nouveau-né avec l’inconscient des parents. Que prévale chez ceux-ci l’identification de leur enfant au sexe désiré, malgré le démenti imposé par la réalité anatomique, et c’est toujours l’identité sexuelle psychique qui l’emportera, quelle que soit la forme de cette victoire. » En 1973, dans son Séminaire « Encore », Lacan montrera, à travers les formules de la sexuation, comment, du point de vue de l’inconscient et du fait d’habiter le langage (ce que Lacan appelle « la castration »), chaque sujet va s’inscrire dans la différence des sexes. Si

Lacan parle de « sexuation » et non de sexualité, c'est que se reconnaître homme ou femme est une affaire de signifiant et de position subjective.
De fait, après les années 1950, l'émergence de la question du transsexualisme ou de la transsexualité soulève un problème entièrement original : la sexualité ne se définit plus par son objet, homo ou hétéro, mais plus en amont, par le vécu identitaire. En politisant ce thème, le mouvement transgenre insiste sur la dimension du choix de cette identité vécue et par conséquent de ses objets, en admettant de grandes variations à l'intérieur d'une vie individuelle. De ce point de vue, la vieille sexualité biologique ne serait plus qu'une naturalisation idéologique de rapports de domination sociale.

Sociale (psychologie)

Les coureurs cyclistes fournissent les meilleures performances dans les situations de compétition avec d'autres cyclistes. Mais si plusieurs personnes doivent ensemble tracter un poids à l'aide d'une corde, l'effort fourni par chacune d'elles diminue à mesure que le nombre de participants augmente. Ces deux expériences ont inauguré la psychologie sociale expérimentale, la première effectuée par Norman Triplett en 1897, la seconde par Max Ringelmann la même année. Elles présentent des résultats contradictoires – la première mettant en avant la « facilitation sociale », la seconde la « paresse sociale ». À la charnière de la psychologie et de la sociologie, la psychologie sociale s'est développée grâce à de nombreuses approches théoriques et des expériences originales. Par l'étude des mécanismes d'influence, des attitudes et des normes sociales, de l'identité, des rôles, ou de la formation des représentations sociales, cette discipline dessine un portrait complexe et contrasté de l'individu en société.
Gabriel Tarde crée en 1898 le terme de psychologie sociale, et élabore une théorie de l'imitation centrée sur la compréhension des mécanismes d'influence, de persuasion et d'innovation sociales. George H. Mead s'intéresse à la formation de l'identité individuelle, le soi, grâce aux interactions avec autrui (imitation et identification). Les apports de ces pionniers, ainsi que l'opposition de Gabriel Tarde et d'Émile Durkheim sur le primat de l'individuel et du social (qui aboutira à la création d'une nouvelle discipline, la sociologie), posent les jalons. La psychologie sociale s'intéresse surtout à l'individu en tant qu'acteur, mais aussi à ses processus

internes (pensées, attitudes, émotions). Si le groupe est au cœur de ses préoccupations théoriques et de ses recherches expérimentales, c'est sous l'angle des rapports entretenus entre les individus.

Influencés par le béhaviorisme, des travaux sur l'analyse des phénomènes sociaux les plus prégnants dans l'Amérique des années 1930, comme le racisme, se multiplient. Richard T. LaPiere, en 1934, a cherché à démontrer l'absence de concordance entre les attitudes des gens – ce qu'ils prétendent – et leurs comportements effectifs. Accompagné d'un couple de Chinois, il a parcouru quelque 16 000 kilomètres de route aux États-Unis ; dans aucun des 250 hôtels et restaurants, le trio ne fut refusé. Pourtant, la quasi-totalité des responsables de ces établissements affirmèrent plus tard, en réponse à un courrier du chercheur, qu'ils refuseraient des clients d'origine chinoise.

Considéré par beaucoup comme le fondateur de la psychologie sociale expérimentale, Kurt Lewin a fondé en 1944 le Research Center For Group Dynamics. Le but de la dynamique des groupes est d'étudier les champs de forces dans les petites communautés humaines. Ses expériences les plus célèbres reposent sur la compréhension du *leadership* (styles autoritaire, démocratique, laisser-faire) chez de jeunes garçons, et la modification des habitudes alimentaires. Dans cette dernière recherche, 30 % des ménagères adoptaient l'usage des abats après avoir participé à des discussions collectives sur l'économie de guerre ou les bienfaits de ces aliments, contre 3 % seulement parmi celles qui avaient assisté à une conférence…

Stanley Milgram s'est intéressé dans les années 1960 aux mécanismes de la soumission à l'autorité. Sous la pression verbale d'un chercheur en psychologie chargé de mener une expérience sur la mémoire, une grande proportion de personnes inflige, à chaque mauvaise réponse formulée par d'autres individus, des charges électriques de plus en plus élevées, voire mortelles (factices, mais seuls le chercheur en psychologie et le participant, complices, le savent). Milgram n'a jamais caché sa volonté de comprendre l'extermination des Juifs durant la Seconde Guerre mondiale.

Serge Moscovici reste connu internationalement pour ses travaux sur les représentations sociales et sur les processus d'influence au sein des groupes. Dans *Psychologie des minorités actives* (1976), il montre l'influence d'une minorité sur la majorité (perspective complétant celle de Solomon E. Ash sur le conformisme au groupe) : une minorité, à la condition qu'elle reste

très déterminée et parfaitement consistante, peut avoir plus de poids qu'une majorité peu sûre d'elle-même et de ses convictions.
La psychologie sociale appliquée permet de faire fructifier les résultats accumulés depuis un siècle par la recherche, tant pour les grands débats de société que pour des demandes sociales plus concrètes : santé, éducation, citoyenneté, travail, justice, politique, qualité de vie, etc. Dans le domaine de la justice, par exemple, les verdicts rendus dépendent-ils de facteurs exclusivement légaux ? Des recherches menées notamment par Peter D. Blanck en 1993 se sont penchées sur l'influence des juges sur les jurés. Selon son modèle des attentes interpersonnelles des juges et des jurés, les premiers auraient des convictions personnelles sur l'innocence ou non de l'accusé, et attendraient que les seconds s'y conforment. Les jurés eux-mêmes chercheraient dans les comportements du juge des signes indiquant son opinion sur l'affaire en cours. En analysant plusieurs enregistrements vidéo de procès, il a mis en évidence les facteurs les plus susceptibles de prédire l'issue d'un procès : les présupposés du juge sur le verdict, les « microcomportements » du juge pendant le procès (contacts oculaires avec le jury, nombre de sourires ou de hochements de tête…), et le degré d'accord entre juge et jury sur la culpabilité de l'accusé. Le champ de la santé donne également lieu à de nombreuses recherches portant sur les mécanismes en jeu dans l'apparition et le développement des maladies, dans l'ajustement du patient à sa maladie, etc.
« Les pompiers sont courageux et exercent un métier difficile », « le sport est bon pour la santé » : les représentations sociales, faites d'opinions et de stéréotypes, permettent aux membres d'un même groupe de communiquer et de se comprendre. Elles se construisent autour de quelques principes directeurs, le « schéma cognitif de base » (autour duquel s'agrègent des éléments périphériques), puis ce noyau s'enracine dans la mentalité collective. L'effet du spectateur constitue une autre découverte de la psychologie sociale. Mars 1964. Un fait divers scandalise l'Amérique. Une jeune femme est poignardée à plusieurs reprises dans son quartier, en pleine journée. 38 personnes assistent au meurtre. Leur indifférence supposée (on sait aujourd'hui que tous ne sont pas restés passifs) incite de nombreux psychosociologues à se pencher sur les facteurs influençant la décision d'aider ou non une personne en situation critique. Bibb Latané et John M. Darley mettent en évidence en 1968 « l'effet du spectateur » : s'il y a un

seul témoin, le secours à la victime se manifeste dans 70 % des cas, mais ce chiffre chute jusqu'à 12 % à mesure que le nombre de témoins augmente.

Stimulation magnétique transcrânienne

La stimulation magnétique transcrânienne (ou TMS, *Transcranial Magnetic Stimulation*) est une technique médicale utilisée dans le diagnostic des maladies neurologiques mais aussi un traitement clinique pour certaines affections psychiatriques (dépression, schizophrénie, hallucinations acoustico-verbales résistantes à un traitement médicamenteux) et neurologiques (fibromyalgie, douleurs neuropathiques, acouphènes).
La TMS consiste à appliquer une impulsion magnétique sur l'encéphale à travers le crâne de façon totalement indolore, à travers une bobine. La variation rapide du flux magnétique entraîne un champ électrique qui modifie l'activité des neurones situés dans le champ magnétique.
La stimulation magnétique du cortex cérébral fut décrite pour la première fois par Arsène d'Arsonval en 1896. Mais il faut attendre les années 1980 pour voir apparaître un appareillage permettant une utilisation clinique. La TMS a montré de bons résultats pour les personnes souffrant de dépression sévère résistante à tous les médicaments. Elle n'est toutefois pas efficace dans tous les cas.

Surdoué

Aujourd'hui, les enfants surdoués sont devenus un phénomène de mode. Cela pourrait donner l'impression qu'il y en a de plus en plus. Or, il y a toujours eu autant d'enfants à haut potentiel. La grande majorité des gens se situe autour d'un QI de 100 et on retrouve environ 2,3 % de la population à chaque extrémité, au-dessus de 130 ou en dessous de 70. Il y aurait donc environ 2,3 % d'enfants à haut potentiel intellectuel en France, dont beaucoup sont ignorés, par ailleurs. Les bébés précoces sont souvent très toniques, comme si très tôt ils voulaient partir explorer le monde. Quand ils commencent à parler, ils vont d'emblée faire des phrases complètes sans passer par le langage bébé. À l'entrée du CP, ils savent déjà lire pour la grande majorité d'entre eux. Leur soif de connaissances n'a que peu de limites. Créatifs, ils utilisent souvent leurs propres méthodes pour résoudre un problème et regorgent d'idées originales. Ils ont aussi beaucoup

d’humour et s’amusent très tôt avec des jeux de mots ou des doubles sens. Ce qui les différencie principalement des autres enfants est leur manière de raisonner. Ils ont une pensée en arborescence. À un mot-clé, l’enfant surdoué va associer une multitude d’informations dont chacune va appeler elle-même de nouvelles données et ainsi de suite. Tout va très vite et la plus grande difficulté sera de séparer l’utile du superflu dans cette masse d’informations qui arrivent dans son cerveau. Même s’il y a autant de surdoués chez les garçons que chez les filles, on entend beaucoup moins parler des demoiselles. Il semblerait que seulement 30 % des filles surdouées soient détectées en tant que telles. C’est surtout parce qu’elles s’intègrent mieux que les garçons. Elles perturbent moins la classe, même quand elles s’ennuient. Certaines font le choix d’inhiber leur potentiel afin de se faire accepter par leurs pairs. Les garçons, souvent plus impulsifs, arrivent moins à contenir leur ennui. Certains ont pour habitude de questionner tout, commenter tout ou étaler leurs connaissances, ce qui risque d’agacer l’enseignant. Mais les problèmes d’intégration viennent aussi souvent d’un manque de souplesse chez ces enfants, qui se retrouveraient alors face à un dilemme : soit ils décident de se fondre dans la masse quitte à ne pas exploiter leur potentiel intellectuel, soit ils restent fidèles à ce qu’ils sont, mais risquent de se retrouver seuls.

Malheureusement, ces enfants ne sont pas toujours armés pour digérer tout ce que leurs antennes repèrent autour d’eux. Une mère triste, un père énervé, un copain que l’on gronde injustement et qui n’arrive pas à se défendre… tout cela, ils vont l’absorber comme une éponge sans pouvoir en parler. Et pourtant, ce profil anxieux ne fait pas l’unanimité au sein de la profession. Nicolas Gauvrit, à la fois psychologue et mathématicien, affirme dans son livre *Les Surdoués ordinaires* que les enfants à haut potentiel ne sont généralement pas plus et parfois même moins anxieux que les autres. Les traits anxieux seraient davantage le fait d’une minorité d’enfants surdoués rencontrant des difficultés d’adaptation. Il n’y aurait pas non plus, selon le chercheur, de lien direct entre la précocité et la dépression.

Certains parents feraient l’erreur de surinvestir les apprentissages scolaires au détriment d’autres enseignements essentiels de la vie. Plutôt que de mettre tout sur la réussite scolaire, il importe de les aider à être mieux dans leur peau et à prendre plaisir à être avec les autres. Mettre des mots sur leurs facultés extraordinaires, comme sur leurs failles, les aidera à se sentir moins seuls et moins coupables.

Les trajectoires de vie des enfants surdoués ont fait l'objet de plusieurs études. La plus impressionnante est celle du psychologue américain Lewis Terman commencée en 1921 auprès de plus 1 400 enfants et qui s'est poursuivie jusqu'en 1994, moment où ils étaient âgés d'environ 78 ans. Cette enquête montre que ces adultes aux QI élevés réussissent plutôt bien leur vie. Ils se marient plus souvent et divorcent moins, sont en bonne santé et plutôt sociables. Ce sont de forts caractères dotés d'une bonne confiance en soi, de volonté, d'honnêteté et d'optimisme. À l'approche de la vieillesse, la plupart de ces adultes se disent satisfaits de leur vie. Le seul point faible qu'a trouvé Terman était une moins grande habileté manuelle. Ce portrait contraste avec d'autres études. Une anxiété, des troubles dépressifs, une estime de soi faible, beaucoup de solitude, une plus grande consommation de médicaments sont évoqués. En cause, des échantillons pas toujours très représentatifs. Les participants sont souvent recrutés dans des associations ou des consultations où ils se rendent parce qu'ils ne vont pas très bien. En revanche, une donnée se retrouve dans plusieurs études : plus le QI est élevé, plus il y a de problèmes d'intégration. On aurait donc plus de chances de mener une vie épanouie avec un QI de 130 qu'avec un QI de 160.

Systémique

Comme leur nom l'indique, les thérapies systémiques s'appuient sur la notion de système comme « ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres ». Prenons l'exemple d'un orchestre : si un instrumentiste joue faux, c'est tout un orchestre qui s'en trouve perturbé.

Appliquée aux psychothérapies, la systémique envisage la maladie mentale non plus comme la conséquence d'un psychisme perturbé, mais comme un trouble de la communication au sein de la cellule familiale, elle-même considérée comme un système homéostatique dans lequel le trouble d'un membre de la famille tend à préserver l'équilibre familial. Il s'agit donc, pour le thérapeute, de faire retrouver à la famille un autre équilibre et une réorganisation du système en l'absence de désordre psychopathologique.

L'école de Palo Alto a été l'initiatrice de ce type de thérapies. En 1949, Gregory Bateson s'installe à Palo Alto, dans l'hôpital psychiatrique de la Veterans Administration. Quatre ans plus tard, la fondation Rockefeller lui

octroie des subventions pour étudier les paradoxes de la communication chez les schizophrènes. En 1967, au sein du Mental Research Institute, le philosophe et psychanalyste Richard Fisch et Paul Watzlavick fondent le Brief Therapy Center. Celui-ci propose des thérapies familiales systémiques qui se veulent brèves et axées sur l'ici et maintenant. Elles impliquent des paradoxes, le plus célèbre étant que « le problème, c'est la solution » : le thérapeute doit diriger son action non sur les symptômes, mais sur les précédentes tentatives d'intervention, dont l'inefficacité n'a fait que maintenir la pathologie.

T

TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives)

L'approche comportementale et cognitive postule que nos attitudes sont le résultat d'un mélange de tendances innées, d'influences de l'environnement, mais aussi d'apprentissages de vie, conscients et inconscients, réussis ou non. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'attachent donc à la prise de conscience de ces influences, et surtout à la mise en place volontaire de nouveaux apprentissages destinés à augmenter nos capacités de bien-être et de libre arbitre face à notre condition biologique, au poids de notre passé, et aux pressions de l'environnement.

« L'expérience instruit plus sûrement que le conseil », écrivait André Gide. De fait, ce qui caractérise peut-être le mieux les TCC, c'est la démarche de terrain, le recours systématique aux mises en situation pour compléter l'introspection. Ainsi, les séances d'exposition *in vivo* chez un patient phobique permettent de l'accompagner dans les situations qu'il redoute, afin de l'aider à y combattre « pour de vrai » les montées de panique. Ou encore les exercices d'affirmation de soi chez un patient timide consistent en des jeux de rôle mettant en scène les situations redoutées (faire une réclamation, entrer en contact avec un inconnu, etc.).

Les TCC se caractérisent aussi par un style de relation thérapeutique qui diffère de l'image d'Épinal du psychothérapeute neutre et silencieux, et procédant par questions plus que par conseils. Dans les TCC, celui-ci se veut :

• interactif (il discute, propose) ;

• explicite (aucune de ses attitudes ne doit apparaître mystérieuse ou obscure au patient) ;

• pédagogique (il consacre beaucoup de temps à expliquer les mécanismes du trouble psychique et à clarifier le pourquoi des choix thérapeutiques) ;

• prescriptif (il demande au patient d'effectuer des exercices ou de tester de nouvelles façons de réagir) ;

• expérimentaliste (il ne présente pas ses prescriptions comme des commandements, mais comme des expériences : « Voyons si, en procédant

ainsi, les choses se passent mieux »).
Les TCC sont des thérapies brèves. Le plus souvent, les durées sont comprises entre six mois (phobies spécifiques) et deux ans (troubles de la personnalité). Mais on pourrait dire aussi qu'elles sont des thérapies à terme défini : thérapeute et patient évaluent régulièrement l'avancement de la thérapie, afin de convenir d'une interruption ou d'une nouvelle séquence thérapeutique. Car cette vision de thérapie à court terme ne peut s'appliquer à certains troubles dans lesquels existe une vulnérabilité chronique (schizophrénie ou trouble bipolaire). Ces patients, après une phase de thérapie dans laquelle ils auront appris à faire reculer leurs symptômes aussi loin que possible, vont souvent se trouver confrontés ensuite à des risques de résurgences symptomatiques, liées à des événements de vie déstabilisants ou au génie propre de la maladie. Ils nécessitent alors un accompagnement au long cours de la part du thérapeute, qui relancera leurs efforts d'ajustement au quotidien et les aidera lors des fléchissements.
C'est toute la question de la guérison qui est ainsi posée. Peut-on guérir de certains troubles, ou bien ne peut-on qu'apprendre à faire reculer le handicap qui leur est lié ? Ce problème n'est pas propre à la psychiatrie, mais se retrouve aussi dans toute la médecine : on ne « guérit » pas d'une hypertension artérielle ou d'un diabète. Mais, bien soignés et bien suivis, et à condition qu'ils adoptent des règles de vie précises, la plupart des patients hypertendus ou diabétiques mènent une vie normale dans laquelle le poids de la maladie est minime. Il semble en être de même en psychiatrie.

Tests

En France, on les a longtemps décriés. Mais depuis quelques années, les tests psychologiques font l'objet d'une vraie recrudescence, aussi bien lors d'entretiens cliniques avec un patient, que lors d'une procédure de recrutement pour un emploi.

Les tests d'intelligence ont été inventés au début du XX^{e} siècle, dans le sillage des travaux d'Alfred Binet, de William Stern et des études statistiques anglaises (Francis Galton, Charles Spearman), et ont abouti à la création du célèbre QI. Mais il existe d'autres types de tests d'intelligence comme le D48, le General Aptitude Test Battery (GAT.13), le Test composite d'intelligence (I.C.3. (2)), les cubes de Kohs, le Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), le Wechsler Intelligence Scale for Children

(WISC), qui s'inscrivent dans le cadre du développement de la psychologie différentielle ou de la psychologie cognitive.
Certains tests de personnalité se fondent sur des méthodes projectives consistant à demander à un sujet d'interpréter une image (énigmatique) ou de réaliser un dessin. L'idée est que le sujet va « projeter » sur le dessin ses fantasmes, ses inquiétudes, ses préoccupations et ses sentiments, révélant ainsi sa personnalité. Le plus connu de ces tests est celui de Rorschach où l'on demande à l'individu d'attribuer du sens et des formes à de simples taches d'encre. D'autres sont conçus sur la base de questionnaires fermés, comme celui sur la personnalité d'Eysenck (EPQ) et l'EPI ou le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), ou encore l'inventaire de la personnalité de Holland (utilisé en conseil d'orientation).
Toute une panoplie de tests spécifiques de lecture, de mémoire, de motricité, de connaissances, de raisonnement peut être utilisée pour le dépistage de certains troubles cognitifs, pour évaluer les capacités précises d'une personne dans le cadre d'une orientation ou pour la recherche en psychologie (par exemple, le test de Wisconsin utilisé pour dépister des problèmes des fonctions exécutives en neuropsychologie). Les tests sont toujours des séries d'épreuves standardisées, et qui font l'objet d'une mesure ou d'une interprétation précises. La pertinence d'un test se mesure à plusieurs critères : sa validité (mesure-t-il vraiment ce qu'il doit mesurer ?), sa fidélité (plusieurs expérimentateurs parviennent-ils aux mêmes résultats en l'utilisant ?) et sa sensibilité (est-il suffisamment précis ?). Les tests sont également très populaires dans les journaux et les magazines : « Calculez votre QI » ; « Êtes-vous un anxieux ? » ; « Mesurer votre QI émotionnel » et traduisent la préoccupation constante des individus de pouvoir mesurer leur degré d'autonomie et leur position sur l'échiquier social par rapport à une norme donnée.
Il ne faut jamais oublier que les tests ne sont rien d'autre que des techniques d'observation qui, ainsi que le soulignent les psychologues Michel Huteau et Jacques Lautrey, « valent ce que valent les idées qui ont présidé à leur construction ».

TCA (Troubles du Comportement Alimentaire)

Manger. Et manger encore. Puis encore et encore, jusqu'au dégoût de la vie, de soi et de son corps. Trier chaque aliment, faire de la moindre bouchée de

nourriture un mauvais objet à dompter et de chaque repas sauté, de chaque centigramme perdu, un triomphe. L'anorexie et la boulimie sont les deux facettes principales des troubles du comportement alimentaire (TCA). L'anorexie se définit généralement par la triade symptomatique des trois « A » : anorexie (perte d'appétit), amaigrissement (rapide et important) et aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs). Il existe deux formes principales d'anorexie mentale : le type restrictif pur, et l'anorexie-boulimie qui comporte des crises de boulimie (le poids reste alors dans les limites de la normale). La boulimie se caractérise par des épisodes récurrents d'hyperphagie (prise massive de nourriture) incontrôlée, survenant depuis plus de trois mois, à raison d'au moins deux crises par semaine. L'accès boulimique est caractérisé par une surconsommation alimentaire irrépressible d'aliments hypercaloriques, faciles à ingérer (de 3 000 à 20 000 calories par accès). Après la crise, la personne ressent un malaise profond aussi bien physique (douleurs abdominales, nausées, céphalées) que psychique (honte, culpabilité, dégoût). Vomissements, prise de laxatifs, exercices physiques visent alors à lui éviter la prise de poids, ce qui rend la prise de conscience de l'entourage d'autant plus difficile.

Il existe une troisième variante des TCA, l'hyperphagie simple où, après avoir ingéré des quantités invraisemblables de nourriture, la personne ne se fait pas vomir. À noter que les crises d'hyperphagie sont souvent liées à un état anxiodépressif, mais peuvent aussi être le signe d'un diabète de type 1.

Dès la fin du XIX^{e} siècle, des publications prônent l'isolement de l'anorexique dans le but de le protéger ou de le désintoxiquer d'une « influence nocive ». Cette vision marque la prise en charge des troubles alimentaires, soutenant l'idée d'une « parentectomie » bénéfique. Cette approche n'est pas exclusive de la psychanalyse. Beaucoup d'approches comportementales préconisent dans leur programme de prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) l'isolement radical et temporaire d'avec la famille.

Les théories psychanalytiques plus récentes apportent une vision plus nuancée et plus élaborée du rôle des parents, tout en continuant à souligner les ravages que peut entraîner une relation pathogène entre une mère et son enfant. Du point de vue de l'histoire du sujet, on évoque aussi des traumatismes au cours de l'enfance (négligence parentale, abus sexuels), tout en précisant qu'une personne ayant subi un abus sexuel présente un risque de trouble alimentaire, mais que l'ensemble des personnes

connaissant des troubles alimentaires n'a pas subi de traumatisme de ce type. Suite aux observations réalisées dans les familles, les systémiciens s'intéressent à l'ensemble des interactions familiales, dépassant ainsi la stigmatisation de la relation mère-bébé. Il n'y a jamais une cause et une seule qui déclenche un TCA. Aujourd'hui, leur origine multifactorielle est largement reconnue : facteurs biologiques, psychologiques, culturels (culte du corps, de l'autonomie et de la maîtrise de soi), sociaux, familiaux… Ces facteurs de vulnérabilité contribueraient au déclenchement, au maintien et à l'aggravation des troubles.
Des romans (*Jours sans faim* de Lou Delvig, *Thornytorynx*, de Camille de Peretti), la multiplication sur Internet de blogs « proana » (revendiquant l'anorexie comme un mode d'être au monde et un droit), la polémique créée par des publicités exhibant des mannequins aux cuisses de l'épaisseur d'un bras, ont contribué à mieux faire connaître auprès du grand public les ravages causés par les troubles du comportement alimentaire – une cause sérieuse de morbidité, et même de mortalité, chez l'adolescent et le jeune adulte.

Troubles mentaux

« Crétin », « débile », « imbécile », « idiot », « dément », « hystérique », « pervers », ces noms d'oiseaux utilisés à tort et à travers appartenaient, au XIX^{e} siècle, au registre médical. Ils décrivaient des patients souffrant de symptômes très précisément décrits et répertoriés. Aujourd'hui, d'autres termes spécialisés se galvaudent en passant dans le domaine public : tel ministre bravant l'opinion publique est taxé d'« autiste », tel salarié se sentant au four et au moulin se décrit comme « schizo », celui qui prend la mouche se voit traiter de « parano »… Pour les personnes réellement concernées, la stigmatisation est une réalité : oser se déclarer dyslexique, par exemple, est humiliant, tandis que s'avouer schizophrène provoque le vide autour de soi.
C'est dire si les troubles mentaux s'avèrent aussi familiers que méconnus. Les spécialistes eux-mêmes, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou psychanalystes, ne les abordent généralement qu'avec prudence, condamnés à remettre sans cesse en question leurs modèles explicatifs, leurs répertoires de diagnostics et leurs techniques de soin. Suivant l'époque, l'origine présumée du trouble et les théories en vigueur, on a pu en effet traiter la

schizophrénie ou la dépression avec le déclenchement de convulsions par cure de Sakel (injections croissantes d'insuline), des électrochocs, des neuroleptiques, et/ou avec des thérapies psychodynamiques ou humanistes fondées sur l'usage de la parole. Avec, dans tous les cas, des résultats discutés… Par ailleurs, il n'est pas anodin de décréter un enfant hyperactif ou dépressif et de le placer sous psychotropes. Pas plus que d'essayer de détecter, dès ses 3 ans, une violence excessive. Indépendamment même de ses conséquences, un diagnostic ne va jamais de soi. Il existe en effet plusieurs classifications des troubles. Celles de l'Association américaine de psychiatrie (APA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se fondent sur le repérage et le traitement des symptômes, sans présumer de leur origine. Cet angle médical est contesté par nombre de cliniciens français attachés à une approche psychopathologique pour qui le symptôme n'est que l'arbre qui cache la forêt. Et même en s'accordant sur une grille de lecture, plusieurs praticiens ne seront pas forcément d'accord sur un diagnostic. Pour couronner le tout, certains spécialistes sont tentés de parler non plus de « la » mais « des » dépressions, « des » schizophrénies, « des » maladies d'Alzheimer…

En outre, tous les troubles ne sont pas universels : le « koro » (terreur brusque d'être tué par son organe génital pénétrant profondément son propre corps) n'est par exemple attesté que dans quelques pays asiatiques. D'autres semblent avoir disparu : où sont passées les hystériques, qui suscitaient tant de passion avec leurs décharges émotionnelles et leur théâtralité ? D'autres encore ne sont plus considérés comme tels. En 1851, une revue médicale, « preuves » scientifiques à l'appui, avança le concept de « drapétomanie », vocable amphigourique désignant une « manie de la liberté » poussant les esclaves noirs à essayer de s'enfuir… Au XIX^{e} siècle toujours, certains psychiatres décrivaient ainsi la frigidité comme une pathologie mentale à part entière. Et c'est en 1973 que l'homosexualité a cessé officiellement, pour l'Association de psychiatrie américaine, d'être tenue pour un trouble. En 2010, la France a été le premier pays à franchir le pas pour « dépathologiser » le transsexualisme, où la personne se sent appartenir au sexe opposé au point de se travestir, voire de recourir à la chirurgie. La pression de patients organisés, de même que l'évolution de la société en général, conduit donc à reconsidérer des diagnostics. Aux États-Unis, des autistes de haut niveau se réunissent pour être perçus désormais comme des personnes normales issues de la « neurodiversité » et non

comme des patients. D'autres débats sont récurrents : les « dys » (dyslexie, dyscalculie, dysorthographie…) sont régulièrement décriés, à tort ou à raison, comme des étiquetages niant des problèmes liés à l'éducation parentale ou à la pédagogie scolaire. La catégorie de « phobie sociale », forme extrême de timidité, est souvent dénoncée comme un faux problème permettant d'écouler de nouveaux traitements pharmacologiques.

TOC (Troubles obsessionnels compulsifs)

Jean est informaticien. Obsédé par la crasse, il se lave les mains plus d'une centaine de fois par jour. La peau de ses doigts est si irritée qu'il ne peut plus utiliser son clavier correctement. Chaque matin, Jocelyne vérifie une vingtaine de fois qu'elle a bien fermé le gaz. Sitôt dans l'ascenseur, elle est prise d'un doute affreux : a-t-elle vraiment fait les bons gestes ? Le gaz est-il effectivement fermé ? Elle remonte chez elle, puis redescend, puis remonte encore. À force d'arriver en retard à son travail, on l'a licenciée. En France, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) affectent 2 à 3 % de la population. Parfois, ces symptômes deviennent si handicapants qu'ils empêchent toute vie sociale.

Il fut un temps où l'on ne parlait guère de TOC mais de « névrose obsessionnelle » ou de « névrose de contrainte ». Sigmund Freud avait observé que les « représentations de contrainte » des obsédés changeaient, mais pas sans obéir à une loi. Tout se passe comme si les affects et les représentations peuvent être séparés, et les affects s'attacher à des représentations inappropriées. L'obsessionnel place son angoisse sur des activités insignifiantes (par exemple, vérifier sans cesse que l'on a bien fermé la porte de son appartement) pour repousser une représentation sexuelle (par exemple, celle « d'ouvertures » autrement plus licencieuses). On dispose du récit de cure du patient avec qui Freud a théorisé ses concepts sur les obsessions, Ernst Lanzer, dit « l'homme aux rats », et du journal d'une partie de son analyse (1907).

Depuis les années 1960, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'efforcent de détruire les rationalisations et les justifications de tous ordres dans la vie des obsédés, sans s'attaquer aux causes du symptôme. Les classifications psychiatriques ont préféré par la suite utiliser le terme de TOC, tout en gardant les critères freudiens d'obsession et de compulsion. Les obsessions sont des pensées, des impulsions ou des images récurrentes

et persistantes, involontaires et source d'angoisse ; elles sont en désaccord avec les valeurs du sujet, aussi le patient s'efforce-t-il de les rejeter et de les neutraliser. Les compulsions sont des comportements répétitifs et stéréotypés que le sujet ne peut s'empêcher d'accomplir, même s'il les trouve absurdes. Elles sont émises pour éliminer l'angoisse générée par les obsessions.
Pour Pierre-Henri Castel, directeur de recherches au CNRS, psychanalyste et auteur d'une étude en deux tomes sur l'histoire des obsessions et de la contrainte intérieure, depuis l'Antiquité aux neurosciences, « notre culture a toujours fortement encouragé l'extrême contrôle de soi, la restriction de l'agressivité et des pulsions sexuelles, non seulement d'un point de vue religieux mais aussi pour encourager la coopération au travail dans des sociétés de plus en plus complexes. Dans ce cadre, l'individualisation de chacun implique le risque que trop de *conscience* (de scrupules, de zèle, d'anticipation anxieuse) produise des maladies de l'esprit. On pourrait alors envisager que des crises morales des croyants du XVII^{e} siècle, aux obsessionnels freudiens, et pour finir aux souffrances des obsédés-compulsifs d'aujourd'hui, ce sont les embarras de ce contrôle de soi imposé par la vie sociale qui changent de forme et de qualité émotionnelle. »

Topiques

Freud développe sa première théorie du psychisme à la fin du XIX^{e} siècle. Si la première topique (du grec *topos*, lieu) est travaillée à partir de 1896, il l'expose dans *L'Interprétation des rêves* en 1900. Il postule l'existence de systèmes distincts dans l'appareil psychique : l'inconscient, le préconscient et le conscient. L'inconscient, constitué de nos désirs, représente la part de l'activité psychique refoulée, inaccessible à la conscience. Le préconscient, rattaché à la conscience, agit comme un « filtre » repoussant dans l'inconscient les pulsions inacceptables pour la conscience.
Les élaborations théoriques de Freud sur le narcissisme, le principe de plaisir et le principe de réalité l'amènent à formuler une seconde topique, dans *Le Moi et le Ça* en 1923. Dans cette topique interviennent les trois instances psychiques du Ça, du Moi et du Surmoi. Le Ça, « marmite pleine d'émotions bouillonnantes », est défini comme le réservoir des pulsions archaïques, sexuelles ou agressives. Il est « la partie obscure, impénétrable de notre personnalité », expliquera Freud dans ses *Essais de psychanalyse*

en 1927. Le surmoi désigne l'instance psychique qui se forme au cours de l'enfance par l'intériorisation des interdits, des règles morales léguées par les parents. Le Moi est la partie qui tente de réaliser la synthèse entre les forces du Ça (les pulsions) et celles du Surmoi (les interdits moraux et idéaux à atteindre). Parmi les pulsions, « ces représentants psychiques des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme », la psychanalyse freudienne accorde une place centrale à la libido, la pulsion sexuelle. Or, à l'issue du premier conflit mondial, la découverte des névroses de guerre (qui se traduisent par la répétition compulsive de scènes traumatisantes dans les rêves de soldats revenus du front) amène Freud à supposer l'existence d'une « pulsion d'autodestruction ». À la différence des pulsions de vie tournées vers le plaisir (Éros), cette pulsion de mort (Thanatos) est agressive et destructrice.
À la suite de Freud, plusieurs psychanalystes ont formulé leur propre métapsychologie ou l'ont nuancée, en y introduisant leurs propres concepts. Ainsi de Melanie Klein, qui élaborera le concept de positions (dépressive/schizo-paranoïde) mais aussi de Jacques Lacan, qui insistera plus radicalement sur l'importance du langage et du signifiant dans sa tripartition, Réel, Symbolique et Imaginaire. Aux États-Unis, les tenants de l'*ego psychology* ont fait du Moi le centre de gravité de leur théorie.

Travail

Un petit livre publié en 1998 devait énoncer le slogan des années 2000. La « fin du travail » cédait la place à la « souffrance au travail », expression introduite par le psychologue et psychanalyste Christophe Dejours dans son *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale* (1998). L'auteur se penchait sur les manifestations les plus concrètes du néolibéralisme, à savoir les plans sociaux et réorganisations en série qui s'abattaient sur les entreprises, et en analysait les conséquences psychiques sur les collectifs de travail. Le livre posait une question gênante : comment les salariés font-ils pour vivre avec l'injustice de ces licenciements qui peuvent briser la vie du collègue de bureau ou du subordonné de longue date ? Et il y répondait de manière dérangeante : comme le Eichmann croqué par Hannah Arendt, les salariés devaient s'immuniser contre la violence en s'en faisant de simples exécutants : de la banalité du mal comme de survie en temps de guerre économique. Harcèlement moral,

stress, agressivité et conflits, violence au travail, *burn-out*… Longtemps sous-estimées, les pathologies liées au travail sont, depuis de sinistres affaires de suicides en série dans certaines entreprises, mieux identifiées. Dans ce contexte, la psychologie clinique du travail est en pleine expansion : elle cherche à comprendre et à expliquer les processus psychiques mis en jeu dans l'activité, avec pour objectif d'aider un collectif professionnel à trouver les ressources pour surmonter les difficultés du travail, si possible en faisant évoluer le travail pour l'adapter à l'Homme.

Lorsqu'on lui demande ce qui lui importe le plus pour être heureux, un Français sur quatre évoque le travail de façon directe ou indirecte. D'un groupe social à l'autre, les rapports au travail sont fort différents. Pour les uns, les mieux dotés en revenus et en capital culturel, le travail est une composante parmi d'autres (la famille, l'amitié…) d'un ensemble de facteurs qui contribuent à l'épanouissement personnel. Pour d'autres catégories (chômeurs, ouvriers), il conditionne avant tout l'accès à des ressources sans lesquelles l'acquisition de biens est impossible.

W

Winnicott, Donald (1896-1971)

Nous sommes au Royaume-Uni, à la fin des années 1930. Une âpre guerre idéologique a lieu au sein de la British Psychoanalytical Society, entraînant progressivement dans leur sillage tout l'establishment psychanalytique européen. D'un côté, les partisans d'Anna Freud estiment que le traitement psychanalytique d'enfants a des objectifs psychopédagogiques et éducatifs. De l'autre, les disciples de Melanie Klein soulignent que le cadre de la cure doit être strictement psychanalytique et que le jeu et les fantasmes y ont une part fondamentale. Loin de ces querelles de clocher, un homme s'impose en quelques années, avec des idées *a priori* simples et concrètes mais en réalité d'une subtilité redoutable, comme l'un des psychanalystes les plus inventifs de sa génération.

Donald Woods Winnicott n'était pas à proprement parler un grand théoricien. Mais plutôt, selon le mot du psychanalyste André Green, « une sorte de penseur spontané ». Surtout, c'était un esprit libre dont l'inébranlable indépendance le fit se situer à l'écart de tout dogme.

Dès 1923, il commence sa formation d'analyste, en même temps qu'il tient des consultations en pédiatrie dans deux hôpitaux différents. Là, il écoute, parle avec les enfants, rencontre leurs parents, soigne, enseigne et développe des théories révolutionnaires pour l'époque : l'enfant doit jouer pour apprendre, créer pour se développer.

Tout en choisissant Melanie Klein comme superviseur, Winnicott se sépare radicalement de ses idées dès son travail sur *La Défense maniaque*, en 1935. Elle postule l'existence de fantasmes et d'un moi définissables chez le nourrisson, dès la naissance. Très marqué par ses observations d'enfants devenus délinquants à la suite de séparations traumatiques pendant la Seconde Guerre mondiale, Winnicott pense quant à lui que ce ne sont pas les fantasmes, mais l'environnement qui a une importance de tout premier plan dans le développement psychique de l'enfant.

Au début de la vie, explique Winnicott, le nourrisson est dans une dépendance absolue à son environnement. Le bébé a un « potentiel inné ». Mais ce potentiel ne peut s'actualiser que grâce à une disposition psychique

particulière qui se met en place durant les dernières semaines de la grossesse et qui permet à la mère, en s'identifiant à son bébé, de lui apporter « à peu près au bon moment » ce qui lui est nécessaire.

C'est avec le concept d'objet transitionnel, théorisé en 1953 et que l'on associe aujourd'hui au fameux doudou, que Winnicott est devenu mondialement célèbre. Vers l'âge de 6-8 mois (mais ce peut être plus tard), le bébé va élire un « objet » particulier – coin de couverture, peluche… – qui va l'aider à franchir une étape cruciale : passer de l'état de fusion avec sa mère à celui « où il est en relation avec elle, en tant que quelque chose d'extérieur et de séparé ».

Dès sa naissance, l'enfant est porté physiquement et psychiquement (*holding*) par un environnement qui pour lui va de soi, puisqu'il ne fait qu'un avec lui. Si la mère apporte à son bébé à peu près ce qui lui est nécessaire et au bon moment, le bébé aura donc l'impression qu'il vient de créer l'objet qu'il vient de trouver. Mais si l'environnement est défaillant, par excès (la mère impose le sein au bébé avant qu'il n'en exprime le besoin) ou par défaut (la mère ne fournit pas une réponse adaptée au bébé), il se produira ce que Winnicott appelle un « empiétement » (*impigement*) sur l'espace psychique du bébé. Si ces empiétements se répètent, le bébé se trouve exposé à des angoisses très fortes, « agonies primitives » ou « angoisses impensables ». Pour survivre, il se construira un « faux-self », c'est-à-dire une fausse personnalité, docile, qui s'aligne sur les désirs de la mère. Ce qui pourra avoir des répercussions tout au long de sa vie.

En France, des psychanalystes comme André Green, J.-B. Pontalis, René Roussillon et Jacques André ont contribué à donner une nouvelle vitalité à la pensée de Winnicott. Sa conception presque darwinienne de l'environnement trouve aussi des prolongements étonnants dans les travaux de biologistes tels que Gerald Edelman sur la construction de l'immunité comme sélection des expériences fructueuses, et ses intuitions sur les « gestes spontanés » du nourrisson dès la naissance se confirment dans bien des travaux contemporains de psychologie expérimentale sur les compétences innées du bébé.

Z

Zazzo, René (1910-1995)

Psychologue, enseignant et chercheur, René Zazzo s'inscrit dans les traces de son maître Henri Wallon, à qui il succédera à la direction du Laboratoire de psychobiologie de l'enfant (École pratique des hautes études) en 1950.

Comme lui, il accorde une grande importance au milieu dans lequel évolue l'enfant, mais insiste sur le fait qu'un même milieu ne produit jamais les mêmes individus. Pour appuyer ses hypothèses, il va se centrer sur un couple bien particulier, celui composé par des jumeaux identiques. Dans *Les Jumeaux, le couple et la personne* (1960), puis dans *Le Paradoxe des jumeaux* (1984), il analyse le paradoxe qui les caractérise : les jumeaux vrais, malgré leurs similarités de conditions – biologiques et environnementales –, vont progressivement se différencier pour devenir deux personnes singulières. « Même hérédité, même milieu, et pourtant deux êtres différents », selon la formule restée célèbre.

Si l'étude de l'individuation psychologique est au centre de l'œuvre de Zazzo, elle ne doit pas faire oublier les apports du psychologue dans d'autres domaines. Comme Wallon, la pédagogie lui importe, et les sujets de ses travaux jusqu'à la fin des années soixante manifestent sa volonté d'élaborer une psychologie aux services des écoliers : le graphisme, la structuration de l'espace, ou la dyslexie. Il accorde également son attention au métier de psychologue scolaire.

La préoccupation de Zazzo pour le développement et la mesure de l'intelligence se traduit par une recherche de méthodes diagnostiques de plus en plus fines. Pour comprendre la cohérence globale des enfants, il importe, selon lui, de tenir compte des aspects socioéconomiques et culturels, de la représentation de soi, de la genèse des valeurs mais aussi de l'activité électrique cérébrale, du contrôle psychomoteur et du développement morphologique.

Les entrées du présent livre sont basées sur des textes parus dans *Le Cercle Psy*, *Sciences Humaines*, *Le Dictionnaire des Sciences Humaines* (Éd. Sciences Humaines, 2008) et signés :
Colette Aguerre • Christophe André • Maximilien Bachelart • Véronique Bedin • Claudie Bert • Pascale Bertagne • Alain Blanchet • Marie Briand • Mikkel Borch-Jacobsen • Léandre Bouffard • Martine Bouvard • Pierre-Henri Castel • Nicole Catheline • Gaëtane Chapelle • Justine Canonne • Jean Cottraux • Sylvie Chaperon • Sarah Chiche • Boris Cyrulnik • Rui Da Silva Neves • Elisabeth Demont • Jean-François Dortier • Bruno Falissard • Martine Fournier • Lisa Friedmann • Bernard Granger • Anne Gut-Fayand • Héloïse Junier • Marie-France Le Heuzey • Jacques Lecomte • Thomas Lepeltier • Michel Luci • Edmond Marc • Gilles Marchand • Jean-François Marmion • Magali Molinié • Marc Olano • Jean-Louis Pedinielli • Antoine Pélissolo • Marc Renneville Jacques Roques • Jean-Pierre Rossi • Laurent Testot • Alain Vanier • Xavier de la Vega • Élise de Villeroy • Achille Weinberg • Nadia Younès.

Ce livre numérique a été converti initialement au format EPUB par Isako
www.isako.com à partir de l'édition papier du même ouvrage.

This file was downloaded from Z-Library project

Your gateway to knowledge and culture. Accessible for everyone.

z-library.se singlelogin.re go-to-zlibrary.se single-login.ru

Official Telegram channel

Z-Access

https://wikipedia.org/wiki/Z-Library